

Hva skaper ergoterapeuters profesjonelle identitet?

*En kritisk diskursanalyse av ergoterapeuters
praksisfortellinger med særlig vekt på
verdier*

Nina Therese Røstad



Masteroppgave i helsefagvitenskap
Avdeling for helsefag, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2014

Hva skaper ergoterapeuters profesjonelle identitet?

En kritisk diskursanalyse av ergoterapeuters praksisfortellinger med særlig vekt på verdier

© Nina Therese Røstad 2014

Hva skaper ergoterapeuters profesjonelle identitet? En kritisk diskursanalyse av
ergoterapeuters praksisfortellinger med særlig vekt på verdier

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien er å prøve å skape en forståelse av ergoterapeuters profesjonelle identitet og å nå fram til de verdier som danner handlingsgrunnlaget for ergoterapeuter i Norge i dag.

Teoretisk forankring: Overordnet referanseramme i denne studien er sosialkonstruksjonisme. Jeg har valgt profesjonsteori, verditeori, kritisk diskursanalyse og George Herbert Meads teori for å gi den nødvendige bakgrunn og forståelse av mine funn. Ergoterapeutiske teorier ble brukt for å beskrive den aktuelle konteksten.

Metode: Fem ergoterapeuter ble intervjuet og det ble brukt semistrukturert intervjuguide. Det ble først brukt meningsfortetting for å komme fram til verdikategorier. Deretter ble tre av disse valgt ut og analysert videre ved hjelp av Faircloughs kritiske diskursanalyse.

Resultater: Jeg fant fram til verdiene aktivitet, å gi mennesker rom til å utvikle seg og å se sammenhengen. En situasjonell og en medisinsk diskurs ble identifisert som de to mest fremtredende.

Konklusjon: Å studere profesjonell identitet ved å analysere iboende verdier ved hjelp av kritisk diskursanalyse ledet til mange spennende forståelser. Gjennom språk og makt kan ergoterapeuter balansere mellom flere valg; de må innordne seg etter eksisterende strukturer, men de har også muligheter til å oppnå større forståelse og frihet til å følge verdiene sine.

Summary

Purpose: The aim of this study is to try to create an understanding of the professional identity of occupational therapists and to reach the values which the foundation for practice is comprised of in Norway today.

Theoretical background: The frame of reference in this study is social constructionism. I have selected theories of professions, value theory, critical discourse analysis and the theory of George Herbert Mead to yield the required basis and understanding of my findings. Occupational therapy theories were used to describe the context in question.

Method: Five occupational therapists were interviewed using semistructured interview. Firstly comprimation of meaning was used in developing categories comprising values. Then three of these categories was selected and further analyzed by using Faircloughs critical discourse analysis.

Results: I found the values occupation, to give human beings space to develop and to see the connection. A situational and a medical discourse were identified as the most prominent ones.

Conclusion: To study professional identity by analysing values inherent to it using critical discourse analysis contributed to many exciting understandings. Through language and power occupational therapists can balance between several options; they need to submit to excisting structures, but they also have oppurtunities to achieve greater understanding and freedom to follow their values.

Forord

Jeg synes arbeidet med oppgaven har vært til tider strevsomt og frustrerende, men også morsomt og veldig lærerikt, og jeg er takknemlig for alle de flotte menneskene jeg har møtt på veien som har vært en enorm inspirasjon.

Først og fremst vil jeg takke veilederen min, Einar Aadland, for oppmuntrende ord og viktige pekefingre. Med klokskap og innsikt har tankene mine blitt styrt inn på riktig spor.

Jeg vil også rette en takk til Avdeling for helsefag for å tilby studentene et flott sammensatt studium. Her har jeg blitt inspirert og fått tankevekkere fra mange kanter, og selvfølgelig også korrigeringer og lærerike diskusjoner. Det er litt trist å tenke på at et spennende studieløp nå er over.

Informantene som stilte opp til studien min fortjener også en stor takk. Jeg lærte mye av deres faglige kunnskaper og reflekterte holdninger som jeg ikke kommer til å glemme.

Til slutt vil jeg takke familie og venner som har oppmuntret meg underveis; det er godt å ha dere der!

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt	2
1.3	Presentasjon av problemstillingen	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Tidligere forskning på feltet	3
1.6	Oppgavens oppbygning	4
2	TEORI	5
2.1	Overordnet vitenskapsteoretisk perspektiv	5
2.2	Kritisk diskursanalyse	6
2.2.1	Diskursanalytisk bakgrunn	6
2.2.2	Hovedprinsipper i kritisk diskursanalyse	6
2.2.3	Diskursbegrepet	7
2.2.4	Diskursorden	7
2.2.5	Intertekstualitet og interdiskursivitet	7
2.2.6	Ideologi og hegemoni	8
2.2.7	Diskursanalyse som metode	8
2.3	Ergoterapi	15
2.3.1	Grunnsyn i ergoterapi	15
2.3.2	Ergoterapiens historie	16
2.3.3	Diskurser i ergoterapi	17
2.4	Profesjonsteori	12
2.5	Verditeori	13
2.5.1	Verdier i ergoterapi	14
2.6	George Herbert Mead	11
3	METODE	18
3.1	Valg av metode	18
3.2	Planlegging og gjennomføring av intervjuer	19
3.2.1	Forberedelser	19
3.2.2	Utvalg	20
3.2.3	Under intervjuet	21

3.2.4	Transkripsjon.....	21
3.3	Planlegging og gjennomføring av analyse.....	22
3.3.1	Meningsfortetting	22
3.3.2	Kritisk diskursanalyse	22
3.4	Kritisk blikk på metode og forskerrolle.....	23
3.5	Etiske refleksjoner	26
4	RESULTATER	28
4.1	Resultat av meningsfortetting.....	28
4.2	Resultat av diskursanalyse.....	29
4.2.1	Verdien av aktivitet	30
4.2.2	Verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg	34
4.2.3	Verdien av å se sammenhengen	37
4.2.4	Skapelses- og fortolkningsprosesser	40
5	SOSIAL PRAKSIS – ERGOTERAPEUTENES ARENA	43
5.1	Annerledestenkerne	44
5.2	To skritt tilbake og hendene på ryggen	45
5.3	Å tenke i 360° vidvinkel	47
5.4	Like barn leker best?.....	49
6	KONKLUSJON	51
	Litteraturliste	52
	Vedlegg	55

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I anledning 50-årsjubileet til tidsskriftet Ergoterapeuten i 2007 ga NETF (Norsk Ergoterapeutforbund) ut en bok som heter «Beste praksis i ergoterapi», hvor flere sentrale skikkelser i ergoterapimiljøet bidro med en tekst fra sitt eget fagområde. Formålet med utgivelsen var å dele kunnskap og erfaringer som kunne bidra til å «styrke ergoterapeuters yrkesidentitet samt videreutvikle forståelse og kunnskap om terapeutrollen» (Horghagen m.fl. 2007:12). Kielhofner mener at ergoterapeutisk fagkunnskap blir utviklet gjennom å skrive ned og publisere kunnskap og kompetanse, noe som «(...) fremmer og skaper en mer tydelig fagidentitet (...)». Videre sier han at

«Identitet og kompetanse setter et unikt preg på enhver faggruppe. Faglig identitet er den forståelsen ergoterapeuter har om særtrekkene ved og betydningen av sitt arbeid og fører til at fagfolk og legfolk vet hva ergoterapeuter står for og gjør.»

(ibid:13)

I følge Fisher er «utfordringen å artikulere hva ergoterapeuter gjør, hva det er som er unikt ved fagområdet og hvordan ergoterapeuters rolle kan tydeliggjøres i forhold til andre helse- og sosialprofesjoner» (ibid:12). Boken skisserer et stort behov for å reflektere nærmere rundt ergoterapeuters profesjonelle identitet og faglige og verdimessige grunnlag. Samtidig påpekes det i boken at fagutviklingen stort sett foregår i USA, og forfatterne stiller derfor spørsmålstegn ved hva den nordiske forståelsen av ergoterapi er. Jeg har også lurt på dette, og ønsker å undersøke dette i min studie. Morten Dige presenterer en etisk synsvinkel på ergoterapi som kan gi flere fordeler; blant annet at de etiske retningslinjene blir konkretisert og at en refleksjon over kjerneverdiene i ergoterapi kan føre til en sterkere profesjonell identitet (Dige 2009).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å prøve å skape en forståelse av ergoterapeuters profesjonelle identitet slik den fylles av norske ergoterapeuter i en mangfoldig og krevende arbeidshverdag. Jeg vil legge vekt på å nå fram til hvilke verdier som danner handlingsgrunnlaget for disse ergoterapeutene. Studien kan forhåpentligvis kaste lys over aspekter ved yrkesutøvelsen som ikke blir behandlet så ofte og kan bidra til økt oppmerksomhet rundt verdier i ergoterapimiljøet i Norge.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen lyder som følger:

Hva skaper ergoterapeuters profesjonelle identitet?

- Hvilke verdier inngår i ergoterapeuters profesjonelle identitet?
- Hvordan påvirkes den profesjonelle identiteten av andre profesjoner?

Jeg har formulert en problemstilling og to forskningsspørsmål. Profesjonell identitet skapes av mange ulike faktorer (se kap. 2), og jeg har begrenset meg i forskningsspørsmålene til å finne ut mer om verdiene som ergoterapeutene er opptatt av og å se nærmere på relasjonene til andre profesjoner. Dette vil jeg søke å belyse i denne oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

Profesjonell identitet: «Profesjonell identitet kan forståast som ei meir eller mindre medviten oppfatning av ‘meg’ som yrkesutøvar, når det gjeld kva type eigenskapar, verdiar og haldningar, kva etiske retningslinjer eller kva ferdigheiter eller kunnskapar som konstituerer meg som ein god yrkesutøvar» (se kap 2)

Verdi: «Verdiar er stabile mål, ideal og prioriteringar som kjem til uttrykk gjennom reflekterte verbale fråsegner og/eller gjennom handlingsmønster» (se kap 2)

Pasient: Både informantene og litteraturen opererer med forskjellige ord for pasienter; brukere, klienter, borgere, mennesker, hjelpetrengende (og selvfølgelig pasienter). Siden det ikke eksisterer noen form for konsensus, verken i litteraturen eller empirien, har jeg valgt å holde meg til ordet pasient.

1.5 Tidligere forskning på feltet

Liv Grethe Kinn og Randi Wågø Aas (2008) har utført en studie som heter «Occupational therapists' perception of their practice: a phenomenological study» som omhandler hvordan ergoterapeuter forstår og presenterer sin praksis og intervensjon. De intervjuet ergoterapeuter og fant tre hovedtemaer som ble presentert i artikkelen. Det første funnet var å synliggjøre klientens ressurser eller potensiale. Her definerte informantene ergoterapi ved å referere til ordet aktivitet (occupation), men de viste usikkerhet i hvordan de forklarte ergoterapi overfor klienter og kolleger. De mener at ergoterapeutene opererte i en todelt praksis, som verdsatte bruk av aktivitet i behandlingen av klientene og en pragmatisk diskurs, men som 'oversatte' det de gjorde til en strukturalistisk, problemfokusert tilnærming i møte med andre teammedlemmer. Videre fant de at ergoterapeutene unngikk visse ord som ble regnet som 'common-sense'-ord, noe som førte til et misforhold mellom hva de sa til kolleger at de gjorde og hva de faktisk gjorde med klientene. Kinn og Aas skriver også at ergoterapeutene følte seg isolert som en følge av å utgjøre et motvekt, et helt annet perspektiv, på behandling. Deres fokus på aktivitet var helt annerledes enn resten av teamets fokus på sykdom (disease). Informantene i studien følte seg også undervurdert av de andre i teamet, spesielt sykepleierne, men verdsatt av klientene. Artikkelforfatterne peker på betydningen av å utvikle 'the language of occupation' og redusere det medisinske perspektivet.

I en annen studie er det gjennomført fokusgruppeintervjuer som hadde til hensikt å gå dypere inn i ergoterapeuters bruk av aktivitet, teori og evidens i en refleksiv prosess. Forfatterne skriver at ergoterapi har vært usikre på hvilket nedslagsfelt profesjonen skal ha. I refleksjonsprosessen kommer det fram at ergoterapeutene bestemte seg for å endre språket fra et fokus på funksjon til å bruke uttrykket aktivitet, bli tydeligere i å definere hva ergoterapi er og å jobbe tettere sammen med andre ergoterapeuter. Dette økte ergoterapeutenes selvtilit og styrket deres profesjonelle identitet, ifølge studien (Wilding og Whiteford 2008).

En kanadisk studie søker å oppnå en dypere forståelse av mening innen barneergoterapeuters profesjonelle praksis. Forfatterne identifiserte sju områder hvor ergoterapeutene opplevde mening; å relatere til klienter som mennesker, gjøre en positiv forskjell, jobbe som et team, tillatelse til å ha det gøy, sammenfallende personlige og organisatoriske verdier, støtte på arbeidsplassen og praksis som kunst. Det blir understreket at mening er sentralt i profesjonell utvikling og kan ofte skjelnes gjennom refleksjonsprosesser (Smith og Kinsella 2009).

1.6 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 er oppgavens innledning. Her presenterer jeg bakgrunnen for studien, problemstillingen, begrepsavklaring og gjør rede for tidligere relevant forskning. I **kapittel 2** summerer jeg opp essensen i de forskjellige teoriretningene jeg har valgt å bruke; profesjonsteori, verditeori, ergoterapi teori, George Herbert Meads filosofiske og psykologiske teori og kritisk diskursanalyse. Faircloughs kritiske diskursanalyse er både en teori og en metode, og da det blir kunstig og til tider vanskelig å skille mellom disse i oppgavens struktur, velger jeg å presentere alt i teorikapittelet. Metoden vil bli gjennomgått i **kapittel 3**, og her forklarer jeg inngående min prosess fra start til slutt. Jeg har brukt semistrukturert intervju for å intervju fem ergoterapeuter, og analysemetodene jeg anvendte var meningsfortetting og kritisk diskursanalyse. I **kapittel 4** presenterer jeg resultatene. Dette kapittelet bør forstås som både resultatpresentasjon og en begynnende drøfting av resultatene. Jeg setter resultatene inn i Faircloughs tredimensjonelle modell for kritisk diskursanalyse. Jeg skriver derfor her om de to første nivåene i Faircloughs kritiske diskursanalyse, nemlig det tekstuelle og det diskursive nivå. **Kapittel 5** skal derimot forstås som oppgavens hoveddrøftingsdel. Her gjennomgår jeg den sosiale praksis' nivå, og drøfter alle nivåene opp mot hverandre. Kapittel 4 omhandler altså hovedsakelig presentasjon av resultater og kapittel 5 drøfter disse resultatene, men i virkeligheten er det flytende overganger mellom disse. **Kapittel 6** er oppgavens konklusjon.

2 TEORI

2.1 Overordnet vitenskapsteoretisk perspektiv

Alt som er skrevet i denne oppgaven er sett gjennom sosialkonstruksjonistiske briller, og leseren inviteres til å ta på seg de samme brillene. Sosialkonstruksjonismen er egentlig ikke en fast definert retning for teoretikere, men mer som en samlebetegnelse for alle teorier som har de samme trekkene (Lock og Strong 2010). Vivien Burr (i Jørgensen og Philips 1999:13-14) sammenfatter fellestrekkene slik:

1. Kritisk innstilling overfor selvfølgelig viten
 - Vår viten og verdensbilder er ikke speilbilder av virkeligheten der ute, men et produkt av våre måter å kategorisere verden på.
2. Historisk og kulturell spesifisitet
 - Vår forståelse og mening er innleiret i tiden og kulturen vi lever i.
3. Sammenheng mellom viten og sosiale prosesser
 - Viten skapes i sosial interaksjon, hvor man både oppbygger felles sannheter og kjemper om hva som er sant og falskt.
4. Sammenheng mellom viten og sosial handling
 - Forskjellige sosiale verdensbilder fører til forskjellige sosiale handlinger, og den sosiale konstruksjon av viten og sannhet får dermed konkrete sosiale konsekvenser.

Det er ingen forhåndsdefinerte, 'essensielle' enheter i mennesker som objektive metoder kan forsøke å finne, men heller er våre måter å gjøre oss forstått på konstruert og gir veldig forskjellige måter å være seg selv på (Lock og Strong 2010). «Sosialkonstruksjonisme ønsker å vise hvordan mennesket er medskaper av sin egen virkelighet gjennom språket» (Aadland 2011:264). Den viser hvordan vår bevissthet, våre spørsmål og våre ideer påvirker vårt sosiale liv, våre hensikter og vår praksis (ibid).

Nedenfor presenterer jeg kort kritisk diskursanalyse (som er både teori og metode) og George Herbert Meads teori. Begge disse favnes av sosialkonstruksjonismen.

2.2 Kritisk diskursanalyse

2.2.1 Diskursanalytisk bakgrunn

Diskursanalyse omfatter flere tverrfaglige tilnærminger som søker å avdekke maktrelasjoner gjennom en kritisk synsvinkel hvor det pekes på muligheter for sosial forandring. Diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på. «Våre måter å snakke på avspeiler ikke vår omverden, våre identiteter og sosiale relasjoner nøytralt, men spiller en aktiv rolle i å skape og forandre dem» (Jørgensen og Philips 1999:9). Det foregår en diskursiv kamp mellom ulike diskurser som fører til at de er i stadig forandring. «Forskjellige diskurser – som hver for seg representerer en bestemt måte å snakke om og forstå den sosiale verden på – kjemper hele tiden mot hverandre for å oppnå hegemoni, altså for å låse fast språkets betydninger på nettopp deres måte» (ibid:15). Diskursanalyse bygger på strukturalistisk og poststrukturalistisk språkteori, som fremholder at vi gjennom språket skaper representasjoner av virkeligheten. Språket er ikke en avspeiling av en allerede eksisterende virkelighet, men er med på å skape den (ibid).

2.2.2 Hovedprinsipper i kritisk diskursanalyse

Kritisk diskursanalyse framlegger teorier og metoder for å undersøke relasjonene mellom diskursiv praksis og sosial og kulturell utvikling (ibid). Fairclough har utviklet en omfattende tilnærming som belyser denne sammenhengen. Han er inspirert av blant annet Foucault, som mener at sannhet er en diskursiv konstruksjon, og at forskjellige vitensregimer derfor peker på hva som er sant og falskt (Foucault 1969). Men mens Foucault identifiserte ett vitensregime i hver historiske epoke, mener Fairclough at forskjellige diskurser eksisterer side om side eller kjemper om retten til å avgjøre sannheten (Jørgensen og Philips 1999). Kritisk diskursanalyse fastholder at diskurs er en av flere aspekter av hver sosiale praksis som skaper den sosiale verden. Fairclough hevder at diskurs er både konstituert og konstituerende (ibid, Fairclough 1992 og 2003). Diskursiv praksis er både konvensjonelt konstituerende – den bidrar til å reproducere samfunnet – og kreativt konstituerende – den bidrar til å forandre samfunnet (Fairclough 2008). «Diskurs står i et dialektisk forhold til andre sosiale dimensjoner; diskurs bidrar ikke bare til å forme og omforme sosiale strukturer og prosesser, men avspeiler dem også» (Jørgensen og Philips 1999:74).

2.2.3 Diskursbegrepet

Fairclough bruker begrepet diskurs både i abstrakt og i konkret form. Den abstrakte betydningen er språkbruk som sosial praksis, mens den konkrete utgaven gjerne brukes med artikkel foran (en diskurs, den feministiske diskursen) og er definert som «en måte å snakke på som gir betydning til opplevelser ut fra et bestemt perspektiv» (ibid:79). «Diskurs bidrar til å konstruere sosiale identiteter, sosiale relasjoner og vitens- og betydningssystemer» (ibid:79). Diskurs har dermed tre konstruktive effekter: 1) det bidrar til å konstruere sosiale identiteter; språkets identitetsfunksjon, 2) det bidrar til å konstruere sosiale relasjoner mellom mennesker; språkets relasjonsfunksjon og 3) det bidrar til å konstruere vitens- og betydningssystemer; ideasjonell (begrepslig-kategoriserende) funksjon (Fairclough 2008). Forskjellige diskurser er forskjellige perspektiver på verden, og de assosieres med de forskjellige relasjonene man har til verden, som igjen avhenger av deres posisjoner i verden, deres sosiale og personlige identiteter, og de sosiale forholdene de har til andre mennesker (Fairclough 1992).

2.2.4 Diskursorden

Sosiale praksiser som er sammensatt på en spesiell måte skaper en sosial orden. Diskursen/det semiotiske aspektet av en sosial orden kalles diskursens orden. Det er måten diverse sjangre, diskurser og stiler er satt sammen på. En diskursorden er en sosial strukturering av semiotisk forskjell – en spesiell sosial rekkefølge av forhold blant forskjellige måter å skape mening, dvs forskjellige diskurser og sjangre og stiler (Fairclough 2003). Innenfor en diskursorden er det forskjellige diskursive praksiser hvor tale og skrift produseres og konsumeres. Diskursordenene kan sees på som et domene for potensielt kulturelt hegemoni, hvor de dominerende grupper kjemper om å hevde og bevare bestemte strukturer i og mellom dem.

2.2.5 Intertekstualitet og interdiskursivitet

Intertekstualitet refererer til historiens innvirkning på en tekst og til tekstens innvirkning på historien, idet teksten trekker på tidligere tekster og dermed bidrar til historisk utvikling og forandring (Kristeva i Jørgensen og Philips 1999:85). Interdiskursivitet er en form for intertekstualitet. Artikuleringen av forskjellige diskurser innenfor og på tvers av grensene mellom forskjellige diskursordener er et uttrykk for interdiskursivitet. Gjennom nye former for artikulering av forskjellige diskurser skifter grensene både innenfor diskursordenen og mellom forskjellige diskursordener. De diskursive praksiser hvor diskurser blandes på

konvensjonelt vis er tegn på og drivkraften i opprettholdelsen av den dominerende diskursorden og dermed den herskende sosiale orden. Diskursiv reproduksjon og forandring kan derfor undersøkes gjennom en analyse av relasjonene mellom de forskjellige diskurser i en diskursorden og relasjonene mellom forskjellige diskursordener.

2.2.6 Ideologi og hegemoni

Kritisk diskursanalyse er kritisk på den måten at den skal avsløre den rolle som en diskursiv praksis spiller i opprettholdelsen av ulike maktforhold (Jørgensen og Philips 1999).

Fairclough forstår ideologi som 'betydning i maktens tjeneste', betydningskonstruksjoner som bidrar til produksjon, reproduksjon og transformasjon av dominansrelasjoner. De ideologiske diskurser er de som bidrar til å opprettholde eller transformere maktrelasjonene. «Subjekter er ideologisk posisjonerte, men de er også i stand til å handle kreativt og skape deres egne forbindelser mellom de forskjellige praksiser og ideologier som de utsettes for, og de er i stand til å omstrukturere de praksiser og strukturer de er posisjonert av» (Jørgensen og Philips 1999:87). «'Common sense' inneholder flere konkurrerende elementer som er resultater av betydningsforhandlinger, som alle sosiale grupper deltar i. Hegemoni er ikke bare dominans, men en forhandlingsprosess hvor man skaper en betydningskonsensus. De konkurrerende elementers eksistens bærer kimen til motstand, da elementer som utfordrer de dominerende betydninger forsyner folk med ressurser til å gjøre motstand. Hegemoni er dermed aldri stabilt, men skiftende og uferdig, og konsensus er alltid kun et gradsspørsmål» (ibid:88).

2.2.7 Diskursanalyse som metode

Forskningsdesign

Fairclough har utviklet et forskningsdesign og en metode som hjelper forskeren å studere språket i sosiale hendelser. Han lister opp fem trinn som forskeren bør jobbe etter:

1. Utforming av problemstilling

Forskeren bør forme forskningsspørsmål ved å trekke på en disiplin innen den sosiale praksis av interesse. Forskeren arbeider tverrfaglig for å undersøke relasjonene mellom diskursiv praksis og sosial praksis.

2. Valg av materiale

Man velger det materialet som er relevant for å belyse problemstillingen.

3. Transkripsjon

Siden forskeren tolker allerede under transkripsjonen er det viktig å bevisstgjøre seg hvilket transkripsjonssystem man benytter seg av.

4. Analyse

Fairclough opererer med tre nivåer som skal analyseres hver for seg.

- Diskursiv praksis: man er interessert i hvordan teksten er produsert og hvordan den konsumeres. Fairclough tar oftest lingvistisk utgangspunkt i de konkrete tekster og identifiserer hvilke diskurser de trekker på (interdiskursivitet) og hvordan tekstene intertekstuell trekker på andre tekster. Høy interdiskursivitet henger sammen med forandring, mens lite interdiskursivitet tyder på reproduksjon av det bestående.
- Tekst: forskeren bruker bestemte analyseredskaper for å kartlegge hvordan tekster behandler begivenheter og sosiale relasjoner og konstruerer ulike versjoner av virkeligheten. Eksempler på analyseredskaper kan være metaforer, ordvalg og grammatikk.
- Sosial praksis: her gjøres en kontekstualisering som har to aspekter, 1) relasjonene mellom den diskursive praksis og den diskursordenen den inngår i skal avdekkes og 2) de delvis ikke-diskursive sosiale og kulturelle relasjoner og strukturer som skaper rammen for den diskursive praksis kartlegges. Her brukes annen relevant teori. Det er i analyse av forholdet mellom diskursiv praksis og den bredere sosiale praksis at undersøkelsen finner sine endelige konklusjoner, for det er her man kan nærme seg spørsmål om forandring og ideologiske konsekvenser.

5. Resultater

Resultatene kan bevisstgjøre om diskursens rolle i å opprettholde eller forandre virkeligheten.

(Jørgensen og Philips 1999:89-100)

Kommunikativ begivenhet

Når man analyserer diskurs skal man fokusere på den kommunikative begivenhet – som defineres som ethvert tilfelle av språkbruk – og diskursordenen – summen av de diskurstyper som brukes innenfor en sosial institusjon eller et sosialt domene – hvor språkbruken opptrer.

De enkelte tilfellene av språkbruk som utgjør den kommunikative begivenhet har tre dimensjoner: tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (som nevnt i punkt 4 i forrige avsnitt). Denne modellen skal ses på som en analytisk ramme for empirisk forskning i kommunikasjon og samfunn, og de tre nivåene skal analyseres hver for seg, men dette er bare en analytisk distinksjon. Analysen av en kommunikativ begivenhet innebærer derfor en analyse av følgende: 1) diskurser og sjangre som artikuleres i produksjon og konsumpsjon av teksten (den diskursive praksis' nivå), 2) deres lingvistiske oppbygging (tekstnivå) og 3) overveielser omkring hvorvidt den diskursive praksis reproducerer eller omstrukturerer den eksisterende diskursordenen, og hvilke konsekvenser det har for den bredere sosiale praksis (den sosiale praksis' nivå – her må man bruke sosiologisk teori eller kulturteori). Forholdet mellom kommunikative begivenheter og diskursordener er dialektisk. Kommunikative begivenheter kan produsere diskursive ordener, men også endre dem gjennom kreativ språkbruk (ibid).

Sosial praksis handler om å velge visse muligheter og ekskludere andre. Fairclough innlemmer følgende momenter i den sosiale praksis:

- Handling (action) og interaksjon
- Sosiale relasjoner
- Personer (med holdninger, verdier, historier osv)
- Den materielle verden
- Diskurs
 - Sjangre (ways of acting): forskjellige måter å (inter)agere diskursivt
 - Diskurser (ways of representing): forskjellige diskurser kan representere samme område av verden fra forskjellige perspektiver eller posisjoner.
 - Stiler (ways of being): sammen med kroppslig atferd for å skape spesielle måter å være på, spesielt sosial eller personlig identitet.

Diskurser, sjangre og stiler er alle tekstuelle og sosiale elementer. I tekster er de organisert sammen som interdiskursive relasjoner, hvor ulike sjangre, diskurser og stiler blandes, artikuleres og tekstureres på forskjellige måter. Som sosiale elementer artikuleres de sammen på bestemte måter i diskursordener. Når vi analyserer spesifikke tekster som en del av en spesifikk hendelse, ser vi på tekstenes tre meningstyper; handling (action), representasjon og

identifikasjon og hvordan disse realiseres i tekstens funksjoner, og vi ser på sammenhengen mellom den konkrete begivenheten og mer abstrakte sosiale praksiser ved å spørre hvilke sjangre, diskurser og stiler det trekkes på og hvordan de forskjellige sjangre, diskurser og stiler artikuleres sammen i teksten (Fairclough 2003).

2.3 George Herbert Mead

Mead var filosof og psykolog og gjorde et imponerende akademisk arbeid, men han skrev ikke en eneste bok selv. Hans fire bøker ble skrevet etter studenters notater som ble skriblet ned under hans forelesninger. Mead anså sinnet som en konsekvens av sosial interaksjon og kommunikasjon (Lock og Strong 2010). Mening kan beskrives som symboler eller språk som er en forutsetning for bevisstheten, altså at språket får sin mening fra en posisjon utenfor bevisstheten til den som bruker det (Mead 1934). Mening konstrueres i forholdet mellom aktørene, og i relasjonen mellom den som bruker symbolene og den verden som gjør symbolene meningsfulle for aktørene. Mennesker i interaksjon med hverandre prøver å skape meninger og handlinger gjennom ord som har en felles betydning i en sammenheng, men som ikke nødvendigvis er overførbar til en annen sammenheng med andre aktører (Lock og Strong 2010). Vår selvbevissthet utvikles gjennom samhandling med andre ved å tolke andres reaksjoner på oss. Vi speiler oss i andre. Når vi tar inn over oss andres holdning til oss selv, blir selvet også sitt eget objekt; «the individual enters as such into his own experience as an object» (Mead 1934:225). Vi har en tendens til å oppsøke personer eller miljøer som støtter opp om det selvbildet vi allerede har. Språket er en måte vi kan forstå at vi har et selv, fordi det er bare i den lingvistiske atferd at individet er et objekt ovenfor seg selv (ibid).

Mead skiller mellom selvet som subjekt ('I') og selvet som objekt ('me'). 'I' er et handlende, men ubevisst 'jeg', mens 'me' er et observert, bevisst 'meg'. Det er et dialektisk forhold mellom 'I' og 'me', og mellom selvet og samfunnet. Selvet oppstår ved å internalisere holdningene til 'den generaliserte andre' – en organisert og generalisert holdning som viser deg de valgene som er tilgjengelige for deg til enhver tid – og dermed konstituerer en del av 'me' gjennom vår bruk av signifikante symboler og å delta i aktiviteter (Lock og Strong 2010).

I de følgende avsnitt vil jeg legge fram teorier som danner et bakgrunnsbilde for forståelsen av oppgavens utforming. Disse teoriene formet min forståelseshorisont da jeg utførte intervjuene.

2.4 Profesjonsteori

«Profesjoner er en type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning» (Molander og Terum 2008:13). Begrepet er omstridt og kan ha flere betydninger. Molander og Terum (2008) deler begrepet i to aspekter; det performative og det organisatoriske. Sistnevnte aspekt tilsier at en profesjon har kontroll over arbeidsoppgavene sine, både som ekstern tilgang på arbeidsoppgavene (jurisdiksjon) og som intern kontroll over utførelsen. Det performative aspektet innebærer et fokus på det profesjonene gjør; de har spesialisert kunnskap som de anvender overfor klienter.

Det skilles gjerne mellom yrker av høy eller lav profesjonsgrad. Om graden av profesjonalitet er høy eller lav kan avhenge av om man vurderer verdi- og kunnskapsgrunnlaget til en profesjon, der yrker med autoteliske verdier (verdier som begrunner seg selv) kombinert med vitenskapelige kunnskaper (i motsetning til empiriske) har den høyeste graden av profesjonalitet. En annen måte å vurdere graden av profesjonalitet er å se på hvor tett forholdet mellom utdanning og yrke er, og en tredje mulighet kan være å ta utgangspunkt i hvem som fatter beslutningene og hvem som utfører arbeidet (Hernes 2002).

I samhandlingspraksiser mellom profesjonsutøvere og klienter eller profesjonsutøvere imellom gis det gode muligheter til å studere hvordan og hvilke forskjeller som etableres og gjøres relevante. Her aktiveres den enkeltes forståelseshorisont og forestillinger om hvilke forskjeller som må tas hensyn til. Leseth og Solbrække (2011) spør om det er mulig for en profesjonsutøver å ha en bevissthet om hvilke forskjeller man tillegger betydning.

Profesjonenes praktiske kunnskap kan nettopp ses på som trege kulturelle felt hvor mye tas for gitt, er uartikulert, og derfor er det viktig å reflektere over hvilke forskjeller som får betydning (ibid).

Å kvalifisere seg for profesjonell yrkesutøvelse innebærer læring av kunnskaper og ferdigheter så vel som å identifisere seg med et yrkesfelt og en profesjon, og i tillegg å identifisere seg selv som profesjonell utøver i dette feltet. Hans Skjervheim snakker om treleddete situasjoner hvor den profesjonelle yrkesutøver har sitt virkeområde. Den

profesjonelle skal forholde seg til både saken og den andre personen, noe som impliserer bruk av hele spekteret av personlige og tillærte ferdigheter og erfaringer. Derfor er det relevant å utforske begrepet identitet i en profesjonssammenheng (Molander og Terum 2008).

Kåre Heggen skiller mellom profesjonsidentitet og profesjonell identitet. «Profesjonell identitet viser til den personlege identitetsdanninga som har med utøvinga av yrkesrolla å gjere. (...) Profesjonell identitet kan forståast som ei meir eller mindre medviten oppfatning av ‘meg’ som yrkesutøvar, når det gjeld kva type eigenskapar, verdiar og haldningar, kva etiske retningslinjer eller kva ferdigheiter eller kunnskapar som konstituerer meg som ein god yrkesutøvar» (ibid:324). Den profesjonelle identiteten bygger på den grunnleggende selvidentiteten, mens profesjonsidentiteten bygger på profesjonens institusjonelle selvforståelse. Disse to står i et avhengighetsforhold til hverandre. Den profesjonelle identiteten kan sees som en indre, mental struktur hos profesjonsutøveren, som gir seg utslag i handlingskompetanser utviklet gjennom deltagelse i sosiale fellesskap. Den blir stadig utviklet og redefinert, og særlig under påvirkning av fagfeller. Utdanning og yrkesfelt er begge svært viktige i utviklingen av profesjonell identitet, og denne blir påvirket av spenningsfeltet mellom disse to arenaene (ibid).

2.5 Verditeori

Verdier er noe som er verdifullt, noe vi ønsker å arbeide for å oppnå. Aadland definerer verdi på denne måten: «Verdiar er stabile mål, ideal og prioriteringar som kjem til uttrykk gjennom reflekterte verbale fråsegner og/eller gjennom handlingsmønster» (Aadland 1998:123). En holdning er et uttrykk for hvordan man ‘holder seg’, det vil si både hva kroppsspråket forteller og hvordan man ‘holder seg’ i møte med hverdagens utfordringer. En holdning kan utvikle seg til noe selvsagt og ‘gro fast’ i underbevisstheten. Holdninger bygger på premisser eller verdier man har i forhold til et visst tema. Verdiene henger nøye sammen med våre virkelighetsoppfatninger og ideologier i et dialektisk forhold. Det finnes både åpne, skjulte og halvskjulte verdier. Handlingene våre blir påvirket av både de åpne, bevisste verdiene og de mer skjulte som vi kanskje ikke engang har erkjent for oss selv at vi er i besittelse av. Vi er avhengige av å snakke med andre om verdiene våre for å klargjøre oss dem (ibid). «Gjennom å fortelje til andre om korleis eg har det, gjennom å lufte tankar og vurderingar overfor ein

annan interessert samtalepartner, blir eg sjølv klar over kven eg er, og kva for oppfatningar eg sit med. Verdiklargjering er ein forteljande prosess.» (Aadland 1998:133).

Verdier er tett forbundet med profesjonell identitet, og er med på å skille de ulike profesjonene fra hverandre (Pattison og Pill 2008, Pattison m. fl. 2010). Den er ikke en fast størrelse, men har en dynamisk og foranderlig karakter (Pattison m fl 2010). Det eksisterer et dynamisk forhold mellom individuelle profesjonelle, deres yrkesgruppe, institusjonene hvor de arbeider og samfunnet som disse institusjonene er plassert i. En måte å forstå verdier på er ved å rette oppmerksomheten mot hvordan (profesjons-)arbeid blir gjort. Som en del av det å øve på profesjonsrollen konstrueres identiteter i og gjennom det vi forteller; hvordan vi tolker våre handlinger og hendelser, både overfor oss selv og andre, kommuniserer hvordan vi ønsker å bli framstilt. Vi konstruerer sosiale representasjoner av oss selv i lys av vårt sosiale liv (ibid). Pattison har kategorisert ulike måter å forstå verdier på, blant annet som normer, antagelser, forventninger, bedømmelser og fordommer (sociologisk tenkemåte) – hvor det som ligger nedfelt i en gruppe eller i samfunnet betegner hva som er bra/dårlig, ønsket/uønsket, og som moral, prinsipper og forpliktelser (moralfilosofisk tenkemåte) – hvor våre vaner, følelser og tanker formidler våre underliggende verdier (Pattison og Pill 2008).

«Values are constructs of worth, being espoused in language as goals, ideals and preferences, or extracted from actions through processes of interpretive sensemaking. Values are expressions of intentionality and show a close, but not closed interrelationship with action» (Aadland 2010:463). Med andre ord; verdier kan ses i handlinger, men nå gjennom språket i reflektive prosesser.

2.5.1 Verdier i ergoterapi

Det er ikke skrevet stort om verdier i ergoterapi, og det som er skrevet handler gjerne om generelle temaer både i klient-terapeut-relasjon og som verdigrunnlag for faget. Om man finleser ergoterapilitteraturen finnes det nok en mengde «innbakte» verdier, men jeg har konsentrert meg om det som uttrykkes eksplisitt. Det fremkommer i lærebøkene at verdiene er ganske like i den vestlige verden, og gjenspeiler mange av verdiene som gjelder i samfunnet for øvrig (Borg m. fl. 2003). Kielhofner (2009) fremhever at momenter rundt det faktum at aktivitet (occupation) fremmer helse, viktigheten av klienters meningsfulle deltagelse og den terapeutiske relasjonen er viktige verdier i dagens ergoterapi, men han utdyper ikke dette videre. Hagedorn (1995) er den som skriver mest utfyllende om verdier, og hun lister også

opp 39 verdier inndelt i kategorier som omfatter personen, aktiviteter, omgivelser og terapeuten. Hun definerer verdi som «... a cluster of emotions and beliefs concerning an object or individual. A value forms the affective/cognitive part of an attitude which leads to consequent action» (ibid:28). Videre hevder hun at verdier kan samle en profesjon ved å gi den en unik profesjonell identitet. Hun ber leseren være spesielt oppmerksom på verdien av å tenke over maktbalansen mellom terapeut og klient. I avsnittet «Putting values into practice» (ibid:106) drøfter hun hvor vanskelig det kan være å ta i bruk verdiene i praksis. Her gjør hun oppmerksom på at både terapeut og klient har lett for å gli inn i stereotypiske atferdsmønstre, og trekker her fram en reflekterende praksismodell, men synliggjør også at det ideelle ved denne modellen ikke er så lett å oppnå i praksis. Hun fremhever at det kreves høyt utviklede personlige ferdigheter av terapeuten når denne går inn i den terapeutiske relasjonen, sammen med ærlighet og innsikt. Det er formulert flere verdier i de yrkesetiske retningslinjene til ergoterapeuter, og disse har alle ergoterapeuter krav om å følge og til enhver tid være seg dem bevisst (Ergoterapeutene2).

2.6 Ergoterapi

2.6.1 Grunnsyn i ergoterapi

Ergoterapeuter gir mennesker mulighet til å leve et aktivt liv og delta i samfunnet. Kjernen i ergoterapi er menneskers aktivitet i lek, arbeid og egenomsorg. Sentralt står kunnskapen om samspillet mellom aktivitet, person og omgivelser (se fig. 1). For å oppnå deltakelse og inkludering i hverdagslivet arbeider ergoterapeuter i forhold til de tre kompetanseområdene utvikling av menneskets mestring, tilrettelegging av aktiviteter og endring av omgivelser. (Ergoterapeutene1). Intervensjonen i ergoterapi retter seg mot både individer og grupper. Områdene ergoterapeuter jobber innenfor er helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling, rehabilitering, kompenserende tiltak og vedlikeholdende tiltak. Intervensjonen kan rette seg mot det enkelte menneskes forutsetninger for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, hverdagsaktivitetenes art, sammensetning og betydning, og omgivelser – både de menneskeskapte og de ikke-menneskeskapte – og samspillet mellom disse faktorene (Borg m. fl. 2003).

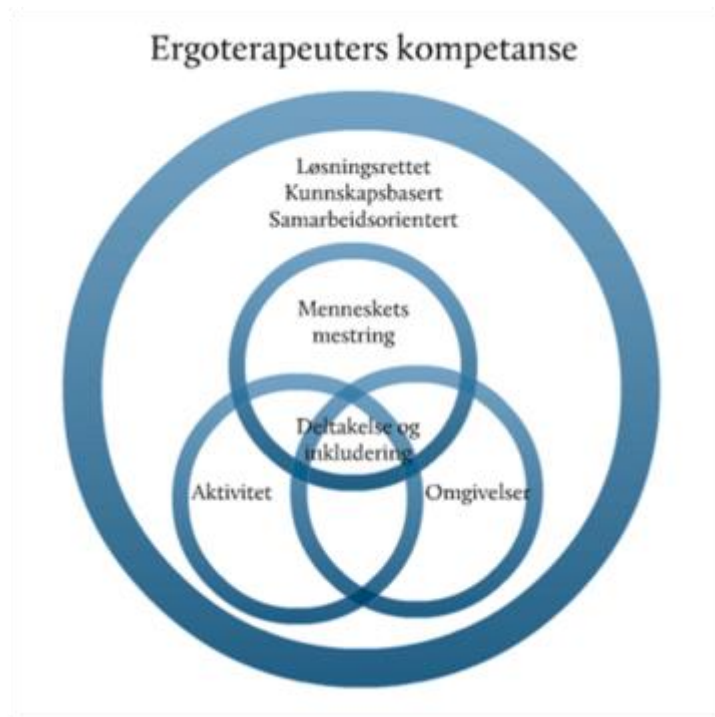


Fig. 1

2.6.2 Ergoterapiens historie

Faget oppstod i 1920-årene i USA da en psykiater ved navn Meyer revitaliserte en tradisjon som ble kalt «moral treatment» (Alve 2007). Denne tradisjonen var en reaksjon på behandlingen av psykiatriske pasienter og dreide seg om behandling gjennom moralsk oppdragelse. Meyer vektla pasientenes behov for et meningsfullt liv, og knyttet mening til trivsel og å oppleve balanse mellom arbeid, lek og hvile. Han hevdet at det å være i aktivitet hadde en mening i seg selv. En gruppe mennesker som hadde så forskjellige yrker som psykiater, sosialarbeider, håndverker, sekretær og arkitekt grunnla «National Society for the Promotion of Occupational Therapy». De var aktive i kunst- og håndverkstradisjonen, vanetreningstradisjonen og den biomedisinske tradisjonen i ergoterapiens begynnelse og påvirket hvordan faget skulle utvikle seg. Diversiteten i faggrunnlaget i denne gruppen kan ha hatt både positive og negative virkninger på ergoterapi; faget nøt godt av mangesidige synsvinkler, men det kan ha ført til faglig usikkerhet og manglende autonomi innen yrkesgruppen (Alve 2006). Senere utviklet faget seg til å handle om daglige aktiviteter; først bare personlig hygiene og aktiviteter i hjemmet, men etter hvert omfattet det også sosiale og kulturelle aktiviteter i en videre radius. I de senere årene har jakten på vitenskapelig anerkjennelse avstedkommet oppstart av en helt nytt fokus for forskning; nemlig

aktivitetsvitenskap (occupational science), men fortsatt baserer mye av det ergoterapifaglige seg på ulike lånefag som sosiologi, sosialantropologi, psykologi, pedagogikk og fysiologi, for å nevne noen.

2.6.3 Diskurser i ergoterapi

Grete Alve synliggjør i sin doktorgradsavhandling tre diskurser i ergoterapi basert på analyser av samhandlingsmåter i møter mellom terapeut og pasient; en medisinsk diskurs, en pedagogisk diskurs og en situasjonell diskurs. Førstnevnte fokuserer på kartlegging, trening og forståelse av pasientens sykdom, skade og symptomer, den pedagogiske tankemåten handler om å lære pasienten å utføre aktiviteter på bestemte måter, mens den siste legger vekt på pasientens subjektive meningshorisont og hverdagslivssituasjon (ibid).

3 METODE

3.1 Valg av metode

I denne studien har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. «Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres» (Malterud 2003:31).

”For at kunne forske må vi nødvendigvis fokusere, og ved at fokusere fravælger vi et utal af mulige perspektiver på det udvalgte stykke virkelighed. Forskningens forudsætning, nemlig fokusering, er dermed samtidig forskningens begrænsning og indsnævrer bæredygtighed og rækkevidde af vores forskningsfund.”

(Knizek i Lorensen 1998)

Sitatet ovenfor beskriver et viktig aspekt ved forskning, nemlig det at man må fokusere på noe og velge bort resten. Dette har vært smertefullt for meg å gjennomføre, men er samtidig en forutsetning for å fordype seg i et utvalg og et materiale og å ha muligheten til å hente ut informasjonen eller kunnskapen som er tilgjengelig gjennom forskningen. Det reflekterer også prosessen som resulterer i en problemstilling man ønsker å undersøke. Ut i fra dette spørsmålet velges den mest egnede metode for å få svar. Med kvalitative metoder ønsker man å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Ulempen ved å bruke kvalitative metoder er at de ikke er generaliserbare, og at man ikke kan finne fenomener som korrelerer for eksempel i en årsak-virkning-sammenheng (Malterud 2003). For å få størst mulig kunnskapsutbytte av et felt bør kvalitative og kvantitative metoder brukes sammen.

Som kvalitativ metode har jeg valgt å intervju ergoterapeuter. ”Intervjuundersøkelser egner seg godt til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse” (Thagaard 2009:13). Kvale og Brinkmann (2009) sier også noe av det samme; «... intervjuet er spesielt velegnet for å undersøke menneskers forståelse av betydningen i sin egen livsverden, beskrive deres opplevelser og selvforståelse samt avklare og utdype deres perspektiv på livsverdenen». Dette gjenspeiler min problemstilling, og viser relevansen av å velge intervju som metode for å besvare mine forskningsspørsmål.

Forskningsintervjuet produserer kunnskap, som konstrueres mellom den som blir intervjuet – informanten – og den som intervjuer. Kunnskapen som kan oppnås ved et forskningsintervju betegnes som produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (Kvale og Brinkmann 2009). Dette innebærer at både rammene rundt og det som skjer i øyeblikket influerer direkte på resultatet av intervjuet. Hvor man sitter under intervjuet; om det er et nøytralt sted og hvilket tidspunkt man møtes virker inn på deltagerne. Ordene som blir brukt, måten de blir sagt på og historien som blir fortalt akkurat da, og som i sin tur blir formet av den som lytter (intervjueren) er alle høyst varierende faktorer som spiller inn på det faktiske resultatet, og som forskeren må gjøre så synlige som mulig slik at leseren kan danne seg en mening om påliteligheten av undersøkelsen. Kunnskapen er ikke objektiv og avspeiler virkeligheten, men produseres i det spesielle møtet mellom intervjuer og informant. Dessuten tenderer vi i dag til å ikke spørre om kunnskapen er sann, men om den er nyttig (ibid).

Jeg ønsket å finne ut hvordan ergoterapeuter tenker om sin egen profesjonelle identitet og hvilke verdier de bygger sin praksis på. For å få til dette så jeg det som best egnet metodisk framgangsmåte å intervju ergoterapeutene ved å bruke det Knizek kaller det problemsentrerte intervju. Her er det slik at forskeren forbereder seg med litteraturstudier og pilotundersøkelser for å avgrense feltet, og formulerer spesifikke problemstillinger. Intervjuguide blir brukt, men med åpne svarmuligheter. Ved å bruke denne typen intervju kan man også bruke rammebetingelser og nonverbale uttrykk i tolkningen av data. Denne intervjuformen egner seg best for meg som ikke har noen tidligere erfaring med å intervju, siden de andre formene for intervju forutsetter en bevisst og erfaren forsker som evner å se fram mot analysen for å få fram den riktige typen data (Lorensen 1998).

3.2 Planlegging og gjennomføring av intervjuer

3.2.1 Forberedelser

På basis av den foreløpige problemstillingen utarbeidet jeg i samarbeid med veileder en intervjuguide (se vedlegg 1). Denne brukte jeg som en rød tråd gjennom intervjuet, men jeg fikk ikke stilt alle spørsmålene til alle informantene, og jeg stilte heller ikke spørsmålene

ordrett fra intervjuguiden, og dessuten var rekkefølgen helt vilkårlig, bortsett fra at jeg gjerne brukte spørsmålet om de kunne beskrive sin arbeidsplass som 'ice breaker'. Derfor kan man si at jeg fulgte et semistrukturert opplegg gjennom intervjuene (Malterud 2003). Jeg endret også på noen av spørsmålene underveis i prosessen, slik at jeg stilte spørsmål som jeg erfarte var bedre egnet til å besvare problemstillingen.

INFORMANTER				
Tone	Therese	Gerd	Synnøve	Martine
Eldre kvinne Gammel utdannelse Ergoterapeut i fagmiljø Sykehus – somatikk	Voksen kvinne Nyere utdannelse Eneste ergoterapeut Kommune – saksbehandler	Eldre kvinne Nyere utdannelse Eneste ergoterapeut Sykehus – psykiatri	Eldre kvinne Gammel utdannelse Ergoterapeut i fagmiljø Sykehus – somatikk	Eldre kvinne Gammel utdannelse Ergoterapeut i fagmiljø Kommune

Tabell 1: Oversikt over informantene

3.2.2 Utvalg

Jeg valgte selv ut informanter basert på hvor de jobbet ut i fra ønsket om å få størst mulig spredning når det gjaldt arbeidssted og -område, linjenivå og antallet ergoterapeuter som var ansatt på arbeidsplassen. Derfor kontaktet jeg sykehus hvor det var sannsynlig at det arbeidet flere ergoterapeuter. På slike steder henvendte jeg meg til lederen på telefon og spurte om å få sende mail med informasjonsbrev (se vedlegg 2), og vi ble enige om at de aktuelle ergoterapeutene skulle kontakte meg om de ville være med i studien. Jeg henvendte meg også til kommuner hvor jeg ofte ble dirigert direkte til den enkelte ergoterapeut, enten via mail eller telefon, og de fikk en betenkningstid og skulle svare meg på mail om de kunne tenke seg å være med eller ikke. Alle ergoterapeutene ble informert på forhånd om hva studien skulle dreie seg om. Kriteriene var at informantene skulle være sertifiserte ergoterapeuter og ha jobbet som ergoterapeut i minst tre år. Jeg kjente ingen av informantene fra før, men da ergoterapi er et lite miljø, viste det seg at jeg hadde truffet noen av dem før eller visste hvem de var. Det ble også klart i samtalene at vi hadde flere felles bekjente. Jeg henvendte meg til flere ergoterapeuter, litt uvisst hvor mange siden jeg ikke hadde full oversikt over hvor mange

som fikk forespørselen fra sin leder, men det var til slutt fem ergoterapeuter som takket ja til å bli med i studien. Disse fem er presentert i tabell 1.

3.2.3 Under intervjuet

Alle de fem intervjuene ble gjennomført på vedkommendes arbeidsplass. Vi satt uforstyrret på deres kontor eller et møterom og jeg ble gjerne tilbudt noe å drikke. Samtalene ble tatt opp på diktafon. En av informantene ville ikke at jeg skulle ta opp samtalen, så jeg noterte i stedet stikkord på et ark, og i enkelte tilfeller skrev jeg ned ordrett det hun sa. Jeg satte meg ned umiddelbart etterpå og skrev ned det jeg husket fra samtalen basert på notatene mine. De resterende intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert kort tid etterpå. Jeg skrev et refleksjonsnotat rett etter hvert intervju hvor jeg skrev ned alt som dukket opp i hodet mitt; hvordan jeg opplevde informanten og situasjonen, helhetsinntrykket, beskrev stedet vi satt, spesielle ting som hendte, tanker rundt det de hadde sagt og assosiasjoner til de andre intervjuene, egne erfaringer eller teori.

3.2.4 Transkripsjon

Jeg transkriberte totalt 130 sider fra alle intervjuene (inkludert dokumentet i notatstil hvor jeg ikke hadde brukt diktafon). Jeg gjorde om til et skriftspråk som ligger nært opptil bokmål, og den største grunnen til det var for å øke lesbarheten slik at ikke meningen skulle bli borte i det ufullstendige språket som muntlig er. Jeg prøvde likevel å holde meg tro mot informantenes måter å snakke på og særegne ord som ble brukt. For eksempel skrev jeg ‘funnet’ i stedet for ‘finni’ og ‘altså’ i stedet for ‘asså’. Jeg skrev ned alle lyder som ‘mm’, ‘eh’ og ‘hm’. Pauser i setningene ble markert med prikker, og større pauser anga jeg i parentes slik: (pause). Det samme gjorde jeg med for eksempel ‘(latter)’ og ‘(slår seg med hendene på knærne)’. Det ble skilt mellom ‘hehe’, ‘(liten latter)’ og ‘(latter)’. Da vi snakket i munnen på hverandre prøvde jeg å dele opp setningene slik at den ene setningen ikke avsluttet før den andre begynte (på papiret). Jeg leste gjennom alle intervjuene i sin helhet da jeg hadde transkribert ferdig og flere ganger senere i forskningsprosessen.

3.3 Planlegging og gjennomføring av analyse

3.3.1 Meningsfortetting

Analysen begynner allerede under intervjusamtalen og ved transkriberingen (Kvale og Brinkmann 2009, Malterud 2003, Nilssen 2012, Thagaard 2003). Måten jeg skriver ned samtalen på, hvilke ord jeg velger og hvordan jeg tildeler pauser og 'turtaking' avhenger av hvordan jeg har fortolket det som har skjedd. Mens jeg transkriberte skrev jeg ned refleksjoner og tanker jeg fikk underveis i prosessen. Disse har jeg brukt senere i analysen, kanskje som en idé til et tema, eller i beskrivelsen av egen forskerrolle, eller som inspirasjon til andre tanker. Jeg startet først med å lese gjennom hvert intervju i sin helhet. Deretter forsøkte jeg å samle sitater eller deler av intervjuet som omhandlet det samme, som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2009). Utfra sitatene skulle jeg hente fram et tema. Dette kalles meningsfortetting eller meningskodensering. Jeg jobbet litt på denne måten, men fikk det ikke helt til da jeg opplevde at jeg automatisk brukte de samme kategoriene på alle informantene uten å kunne klare å se noe nytt. Derfor skiftet jeg fokus og fulgte Malteruds (2003) tilnærming. Den er ganske lik, men innebærer å ekstrahere temaene fra materialet mens man leser gjennom, uten å på dette stadiet fokusere på problemstillingen, og lage en tematisk liste. På dette tidspunktet hadde jeg gjennomført alle intervjuene. Jeg leste gjennom hvert intervju fra sofaen med kun en blyant og et ark hvor jeg noterte temaer etter hvert som jeg oppdaget dem. Deretter samlet jeg temaene i hovedgrupper og så etter likheter og ulikheter mellom de fem temalistene. Noen nye temaer eller ytterligere sammenslåinger forekom også langt senere i prosessen. Jeg brukte fargekoder og understreket i hvert intervju setninger som tilhørte de respektive temakategoriene jeg hadde laget. Alle sitatene med samme farger ble samlet sammen i ett dokument for hver informant. Dette gjorde jeg for å øke lesbarheten og se materialet samlet slik at jeg lettere kunne få oversikt over materialet.

3.3.2 Kritisk diskursanalyse

I samarbeid med veileder valgte jeg å arbeide diskursanalytisk med materialet mitt. Jeg fulgte forskningsdesignet og modellen som Fairclough har utarbeidet. Jeg valgte ut tre av temaene og komprimerte intervjuene slik at jeg hadde tekster som omhandlet hvert sitt tema. På dette materialet gjorde jeg så en tekstanalyse basert på utvalgte verktøy. Jeg valgte å gå nærmere inn på ordvalg, modalitet og evaluering. Jeg gjorde tekstanalyse, diskursiv analyse og analyse

ved å bruke sosiokulturell teori hver for seg, men hele prosessen med diskursanalysen, meningsfortettingen og lesing av teori skjedde i en runddans hvor jeg gikk fram og tilbake mellom alle arbeidsoppgavene. Framstillingen av prosessen er i dette dokumentet skrevet kronologisk, men i virkeligheten foregikk alt parallelt.

Tekstanalytiske redskaper

Av Faircloughs enorme utvalg av tekstanalytiske verktøy har jeg valgt å bruke ordvalg, modalitet og evaluering. Vi står alle overfor valg i forhold til hvilke *ord* vi bruker, hvordan vi bruker ordene og hvordan vi snakker om våre meninger. Den som tolker budskapet må også foreta valg for å forstå meningen i det som blir sagt. Disse valgene og beslutningene bestemmes ikke kun av individet, men ordbruken varierer og konkurrerer i en større sosial og kulturell sammenheng. Bestemte strukturer i forholdene mellom ord og forholdene mellom ordenes mening er former for hegemoni (ibid). *Modalitet* handler om hvor stor affinitet skaperen av teksten har til setningen som blir ytret; altså hvor høy tilslutningen til setningen er, hvor sant eller nødvendig innholdet er for den som snakker. Modalitet er derfor et viktig aspekt i å forme både personlige og sosiale identiteter. Siden de tre meningstypene relaterer seg dialektisk til hverandre, vil modalitet kunne inngå i analysen av alle tre. Hvordan en person representerer verden, hva man slutter seg til og i hvilken grad er med på å forme ens identitet, og dette foregår nødvendigvis i samspill med andre mennesker (Fairclough 2003, Jørgensen og Philips 1999). Å finne verdiutsagn og verdiantagelser i tekster kalles *evaluering*, og denne type tekstanalyse muliggjør forskning på legitimeringsprosesser. Enhver sosial orden krever legitimering, som er en allmenn anerkjennelse av legitime forklaringer og rettferdiggjøringer av hva ting er og hvordan ting blir gjort (Fairclough 2003).

3.4 Kritisk blick på metode og forskerrolle

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke intervju som metode for å undersøke hvilke verdier ergoterapeuter er opptatt av. Jeg er helt på det rene med at ergoterapeutene kunne uttrykke andre verdier overfor meg i intervjusituasjonen enn de viste overfor pasienter eller kolleger i forskjellige praktiske situasjoner. En annen metode som kunne vært brukt er observasjon, hvor jeg hadde fått mer direkte tilgang på ergoterapeutenes oppførsel i gitte situasjoner. Dette hadde vært veldig interessant og en mulighet for videre forskning, men jeg ønsker også å

presisere at det ikke nødvendigvis hadde vært en 'riktigere' metode for å fange opp verdier, da det er mange faktorer som påvirker våre handlinger som ikke nødvendigvis kan tilskrives andre verdier. En verdi kan defineres som et ideal, noe også flere av informantene presiserte, og i virkeligheten er det vel slik at vi i blant lever opp til våre idealbilder av oss selv og i blant ikke. Jeg var interessert i å finne ut mer om hvilke verdier de la til grunn for selvforståelsen og hvordan de artikulerte verdiene som en del av den profesjonelle identiteten.

Jeg henvendte meg til ergoterapeutene med forespørsel om å bli med på denne studien som omhandlet ergoterapeuters profesjonelle identitet og spesielt verdier, og det tror jeg kan ha hatt konsekvenser for hvem som valgte å takke ja. Alle som svarte var påfallende veltalende og reflekterte, og selv om jeg ikke vil undervurdere ergoterapeuter generelt, tror jeg at det krevdes en viss type mot for å snakke om slike ting. Jeg antar at de som til slutt takket ja er ergoterapeuter som står trygt i rollen – til tross for at de også kunne røpe usikkerhet – og dette gjorde at de ikke følte seg truet av det jeg var interessert i å spørre om. Jeg vurderte å finne en måte å 'skjule' at det var verdier jeg var interessert i, men kom til at jeg ikke ville 'holde informantene for narr', så jeg valgte å spille med helt åpne kort. Jeg tror at jeg derimot fikk fram en del skjulte eller delvis skjulte verdier hos informantene ved å stille spørsmål som ikke direkte involverte ordene verdier og identitet, men heller om hva som var viktig i yrkesutøvelsen, hvorfor de ble ergoterapeuter og om opplevelser med pasienter eller kolleger som hadde merket dem.

Jeg valgte å bruke Faircloughs kritiske diskursanalyse i oppgaven, og dette ga meg interessante funn og nye måter å tolke et materiale på. Nå er det også slik med denne innfallsvinkelen som med de fleste andre at den ikke er helt utfyllende og komplett i alle aspekter. Jørgensen og Philips (1999) kommer med noen kritiske bemerkninger hvor de påpeker at identitetsbegrepet og synet på dannelsen av grupper er lite utviklet, skillet mellom det diskursive og det ikke-diskursive er ikke tydeliggjort og problemet med å påvise det dialektiske forholdet mellom to ting. Jeg observerte dessuten at det ikke er helt konsistens i Faircloughs og Jørgensen og Philips' beskrivelser av de samme fenomenene. Jørgensen og Philips skriver at diskursordener inneholder flere diskurstyper, som er satt sammen av diskurser og sjangre, mens Fairclough skriver at diskurstyper omfatter alle tre aspektene diskurser, sjangre og stiler. Da Fairclough er primærkilden og dessuten har skrevet den nyeste boken (2003) velger jeg å følge hans syn.

Et vesentlig aspekt å ta med er min egen bakgrunn som ergoterapeut. Å forske på egen yrkesgruppe kan gjøre at jeg kommer for nærme feltet og ikke klarer å opprettholde et 'nøytralt' utenfra-perspektiv (Molander og Terum 2008). Kritisk refleksjon kan oppleves vanskelig hvis man kommer for nær feltet man ønsker å studere, man kan lett kjøre seg fast i et bestemt spor uten å klare å komme seg ut derfra. Dette kalles bias (Malterud 2003). Det var utfordrende å gå fra å være på innsiden til å studere fagmiljøet fra utsiden. Siden jeg selv tilhører ergoterapimiljøet kan dette få konsekvenser for hvilke data jeg får, hvordan jeg tolker dataene og hvilke resultater dette gir. Jeg opplevde at jeg kunne bli veldig interessert i faglige aspekter eller følge opp temaer som dukket opp i intervjuet som engasjerte meg personlig. Den forforståelsen jeg møtte informantene med kan virke både positivt og negativt inn på forskningen, men ved å være seg den bevisst kan man unngå blinde flekker og ubevisst manipulering (ibid). Jeg har jobbet som ergoterapeut i noen få år og kjenner til teorier og arbeidsmetoder som blir brukt på feltet, men jeg har begrenset arbeidserfaring og oppnår med dette en distansering fra eget felt. Jeg har møtt 'sterke' ergoterapeuter som har imponert meg med sin kunnskap og person, og jeg har møtt ergoterapeuter som har vekket en harme i meg fordi de ikke klarer å få formidlet den kunnskapen de sitter inne med. Jeg har hatt mange gode kolleger med annen helse- og sosialfaglig utdanning som jeg har hatt glede av å samarbeide med. Samtidig har jeg hatt problematiske erfaringer med andre profesjonsutøvere som ikke har forstått min rolle, og alt dette påvirker nok min interesse for problemstillingen. Jeg hadde en forventning om at ergoterapeutene skulle synes det var vanskeligere å kommunisere og samarbeide med kolleger fra andre profesjoner, men ble overrasket over at det stort sett var motsatt, selvfølgelig med visse unntak. Jeg har forsøkt å ha en refleksiv holdning og stilt kritiske spørsmål til min egen forskerrolle underveis, blant annet ved å skrive forskerlogg (Nilssen 2012). Jeg har prøvd å møte materialet med undring og et åpent sinn. Den spesifikke diskursive analysemetoden har hjulpet meg i å distansere meg fra feltet og se etter andre momenter enn det åpenbare (Jørgensen og Philips 1999). Fordelen er helt klart at jeg kjenner til mange av utfordringene profesjonen står ovenfor og at jeg kjenner til faguttrykkene og tankegrunnlaget bak profesjonsutøvelsen. Jeg har et rikere grunnlag for å tolke når jeg kommer til analysefasen (Nilssen 2012). Jeg kommer dermed raskere inn på et presist nivå i samtale med informantene.

3.5 Etiske refleksjoner

I internasjonal sammenheng finnes Helsinkideklarasjonen som alle helsefaglige forskere bør følge. Den poengterer det særlige ansvaret alle forskere har overfor mennesker de involverer i sin forskning; å ivareta respekten for individet og la hensynet til forskningssubjektene/informantene prioriteres (Ruyter 2003). Å intervju krever en balanse mellom å innhente interessant kunnskap og respekt for intervjupersonens integritet (Kvale og Brinkmann 2009). I den forbindelse er det viktig at jeg prøver å holde en viss distanse, samtidig som jeg prøver å skaffe nok informasjon til at jeg kan bruke denne kunnskapen. Dette innebærer at jeg kan trække noen på tærne ved å grave for dypt i noe personlig, eller å bli oppfattet som å sette det intervjuobjektet sier i tvil ved oppfølgingsspørsmål, evt. konfrontere med noe som nettopp har blitt sagt. Det er viktig at forskeren viser respekt overfor informantene ved å hindre at deres person kan bli gjenkjent, ved å prøve å unngå fordreining av deres meninger eller ved å unngå å misbruke informantenes tillit når de åpner seg opp og deler sine tanker med forskeren (Malterud 2003). Det kan være lurt for meg å tenke at den ferdige besvarelsen min skal kunne leses av alle mine informanter samt deres familie og vennekrets uten at noen føler seg støtt. Samtidig kan jeg forvente at de ikke kjenner seg igjen i min tolkning av deres meninger, fordi jeg da har hevet meningene utover den virkelighetsnære konteksten som intervjuene ble utført i.

Studiet berører ikke pasienter eller informasjon som blir regnet som sensitiv, så jeg har ikke meldt studien inn til REK (regional etisk komité). Jeg har derimot registrert studien hos NSD (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og fått behandlingen av personopplysninger godkjent (se vedlegg 3).

All forskning skal baseres på frivillig deltakelse og krever informert samtykke fra forskningsdeltagerne (Thagaard 2003). Jeg sendte ut et informasjonsskriv på forhånd (se vedlegg 2) som informantene fikk før de bestemte seg for å bli med i studien. Før intervjuet startet informerte jeg på nytt om vilkårene for deltagelse og mottok et skriftlig samtykke fra dem. Jeg var imidlertid i tvil om hvor mye informasjon de skulle få på forhånd om selve prosjektets tema, da jeg regnet med at ord som 'profesjonell identitet' og 'verdier' kunne skremme bort noen informanter eller gi dem visse føringar for hva de trodde jeg forventet. Jeg skrev likevel disse ordene i brevet da jeg tenkte at det var bedre å fortelle hva det skulle handle om i stedet for å skjule nøkkelordene.

Når man bedriver forskning, og spesielt kritisk forskning med fokus på språk, bør man være oppmerksom på at fremstillingen av informantene kan virke fordummende. Det kan være fordummende å gjengi muntlig tale fordi den er så ufullstendig og ikke ser bra ut på trykk, men jeg må prøve å være så tro som mulig mot det opprinnelige språkuttrykket for å kunne gjøre en språklig analyse. Det kan også virke fordummende å tolke utsagnene utover informantenes egne forståelseshorisonter (Fangen 2004). Jeg har prøvd å finne en balansegang her som viser respekt for informantene samtidig som jeg viser interessante funn.

4 RESULTATER

Under analyseprosessen fant jeg mange verdier, men jeg har valgt å gjengi kun tre av dem fordi jeg heller velger å gå dypere inn i hver av dem med tekstanalyse og diskursiv analyse. Jeg har valgt de som etter min mening har utpekt seg som svært viktige eller spesielt interessante med tanke på overraskende eller tvetydige momenter som jeg følte behov for å forfølge nærmere. I presentasjonen av analysen har jeg valgt å gjengi store deler av tekst fra intervjuene, da jeg mener det er av stor betydning for leseren både for å kunne følge den språklige analysen og for å gi størst mulig grad av transparens. Jeg sier først litt om funnene jeg gjorde, og så setter jeg dem inn i de to første nivåene i Faircloughs tredimensjonelle modell. Som nevnt tidligere vil noe drøfting forekomme her, men det meste av drøftingen kommer i neste kapittel.

4.1 Resultat av meningsfortetting

Som et resultat av meningsfortettingen jeg gjorde ved å tematisere intervjuene og samle temaene i overordnede kategorier som omhandlet verdier som ergoterapeutene var opptatt av fant jeg tre temaer som utpekte seg som spesielt interessante og som jeg har valgt å gå nærmere inn på.

Disse er

- verdien av aktivitet,
- verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg og
- verdien av å se sammenhengen.

De to første verdiene gjenspeiler direkte de yrkesetiske retningslinjene og ergoterapiteorien, mens den tredje verdien indirekte kan sees, men dette var noe mer overraskende. Ergoterapi teori vier mye oppmerksomhet til omgivelsene og ser mennesket som en helhet i forskjellige modeller som er utviklet i ulike land, men ikke noe av dette kan speile verdien av sammenheng slik den fremstår her. Omgivelsenes innvirkning på pasienters grad av aktivitet er velkjent i ergoterapi, men denne verdien går utover disse grensene og lar omgivelsene (hvis

dette er riktig ord å bruke i denne sammenhengen?) omfatte mye mer, både systemet rundt – for eksempel hele helsetilbudet og velferdssystemet – pasienten i den konkrete situasjonen, alle menneskene rundt pasienten; helsearbeidere, barnevern, hjemmesykepleien, pårørende osv, og å sette dette i sammenheng med både hva pasienten gjør eller ikke kan gjøre (aktivitet) og medisinske problemområder (som diagnoser, feilmedisinering). Ergoterapeutene tok på seg oppgaven å se sammenhengen mellom disse områdene og å være et slags bindeledd mellom dem, en ‘kommunikatør’. Verdien av aktivitet reflekterer et ønske om å fokusere på aktivitet, dvs hva pasienten klarer å gjøre og ikke klarer å gjøre, og å sette inn tiltakene på disse områdene, basert på en forståelse av en direkte sammenheng mellom aktivitet og helse. Verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg er kanskje ikke så lett å umiddelbart forstå hva handler om, men det dreier seg altså om både en fysisk og en mental /språklig? Tilbakeholdenhet. Dette ble artikulert som ‘å jobbe med hendene på ryggen’, som innebærer å la pasienten prøve ut og trene på ferdighetene som til slutt skal mestres, og ved å påpeke betydningen av å lytte aktivt og ta folk på alvor, i stedet for å avbryte, komme med alle svarene og overkjøre. Jeg har bevisst brukt termen ‘mennesker’ siden det kom klart fram at informantene ikke bare så på pasientene som mennesker, men at denne verdien var gjeldende i alle mellommenneskelige forhold, at den gjaldt like mye i relasjoner med kolleger eller pårørende som med pasientene.

4.2 Resultat av diskursanalyse

Som neste trinn i analysen vil jeg nå sette funnene inn i Faircloughs tredimensjonelle modell for kritisk diskursanalyse. Den kommunikative begivenheten jeg har fått mitt materiale fra er intervjuene jeg hadde med informantene, så transkripsjonen fra disse utgjør tekstene. Den sosiale praksisen er ergoterapeutenes yrkesutøvelse og den diskursive praksisen er den språklige delen av denne yrkesutøvelsen. Den sosiale ordenen som er rammen rundt det hele er helsevesenet, eller nettverket av sosiale praksiser som jeg ser som alle yrkesgruppers praksiser i helsevesenet, f. eks. fysioterapeuter og sykepleiere. Diskursordenen er da det språklige aspektet av nettverket av sosiale praksiser i helsevesenet. Ergoterapeutene er sosiale agenter som skaper tekster ved måten de setter sammen ord på. De er bundet av sosiale strukturer og praksiser, men har et visst spillerom innenfor disse rammene (Fairclough 2003).

Jeg vil nå presentere de forskjellige verdiene fortløpende, hvor jeg går nærmere inn på dimensjonene tekst og diskursiv praksis – herunder velger jeg å gjennomgå de tre elementene under begrepet diskurs; stiler, diskurser og sjangre og deres tilhørende meningstyper identifisering, representasjon og handling (action) under ett, siden mening og form ikke egentlig lar seg skille (Fairclough 2008) – for hver av dem, og så legger jeg fram en samlet analyse av sosial praksis for alle verdiene. Det blir et eget avsnitt som omhandler produksjons- og konsumpsjonsprosessene i diskursiv praksis.

4.2.1 Verdien av aktivitet

Tekst:

Ved å lese gjennom tekstene med tanke på modalitet så jeg tydelig at alle informantene hadde høy affinitet eller tilslutning til utsagnene. De bruker ordet 'er' for å uttrykke hvor sant det de sier er. For eksempel sier Martine at «... jeg har strevd veldig med å forklare at alt ikke er demens, noe er faktisk kognitive utfall. Hjemmesykepleien er for sløve til å spørre...» Hun tilslutter seg fullstendig til utsagnet sitt og gjør det sant. Hun bruker også mye objektiv modalitet, som i setningene «Å stille spørsmål rundt det med kognisjon» og «Her må det være en demensutvikling på gang». I disse setningene mangler subjektet fullstendig. Synnøve sier nesten konsekvent 'vi' gjennom hele intervjuet, og dette er også en form for modalitet hvor hun trekker oppmerksomheten bort fra subjektet, men i stedet 'allierer' seg med en gruppe og snakker på vegne av denne (Fairclough 1992). Gerd sier ofte 'ikke sant?' på en måte som gjør det umulig for lytteren å betvile det hun sier (ibid). Informantene bruker også lite 'hedges'. Therese er den eneste som snakker med lav affinitet når vi snakker om dette emnet. Hun bruker mye subjektiv modalitet som i 'jeg synes' og 'jeg tenker', gjør bruk av hegdes ('sånn'), nøler når hun snakker og bruker ord som kanskje og liksom, som vi kan se i følgende setninger: «Mens vi tenker liksom det må da være bedre å kanskje skape rom for å gå en tur hver dag sånn at kanskje den diabetesen fortsatt kan være kostregulert og kanskje ikke man må begynne med insulin, eller sånn der...» og «Vi skal jo liksom tenke alternativer... til medisinbruk. Det er også en sånn... kjerneverdi».

I forrige sitat ser vi også at Therese setter opp det å gå tur hver dag som en forskjell fra det å gi medisiner. Dette er eksempel på en kategorisering inn i likheter og forskjeller som en del

av en legitimeringsprosess (Fairclough 2003). Synnøve påpeker at aktivitet er et privilegium ergoterapeuter har som gjør dem i stand til å lettere få kontakt med pasientene, fordi de *«får en tillit fordi vi ikke bare ser på en skadet finger som kanskje en lege gjør, men at vi ser hvordan påvirker det din hverdag i forhold til jobb og skriving og lage mat og... på en måte... det er dette med å se den type helhet... (liten pause)... som jeg tenker. Det tror jeg at vi har vært flinkere til.»* Det samme skjer her; hun kategoriserer tenkningen rundt pasientens behandling og setter legens behandling opp mot ergoterapeutens ved å trekke fram forskjellene. Når hun sier at ergoterapeutene har vært ‘flinkere til det’ anerkjenner hun dette synet som ‘det beste’, det vil si hun evaluerer det som noe bra. Det er interessant å legge merke til at hun her anvender lav modalitet ved å bruke ordet ‘kanskje’ og innfører hedges som ‘på en måte’ når hun ellers gjennom hele intervjuet uttrykker veldig høy modalitet.

Diskursiv praksis:

Stiler (ways of being) / identifisering: Informantene oppfatter seg selv som annerledes enn mange andre profesjoner i helsevesenet. Therese konkretiserer det i forhold til møter i personalgruppen: *«Det er noen sterke som har vært der lenge, og, ja, har andre faglige vurderinger og et annet grunnlag for å vurdere.»* Her sier hun ikke bare at andre har et annet faglig grunnlag, men at de andre er ‘sterke’, noe som kan tyde på at hun synes det er vanskelig å ha et annet synspunkt. Gerd beskriver hvordan hun spør pasientene om hva som skal til for å mestre aktiviteter slik at de klarer å finne løsningen selv, og forteller om kollegenes undrende reaksjon på hva hun har fått til: *«Det er også sånn helt typisk ergoterapigreier, for det sies her, jamen, du, hva gjorde du? Sånn? Ah, søren, ja... Ikke sant?»* Hun gir også uttrykk for at hun er annerledes enn sine kolleger, men det blir oppfattet i en mer positiv retning. Alle bruker pronomenet ‘jeg’ i setningene, bortsett fra Synnøve, som nesten hele tiden bruker ‘vi’ om det tverrfaglige teamet hun er en del av. Hun identifiserer seg dermed ikke bare med ergoterapeutiske verdier og tenkemåter, men med ‘helsefaglige’ sådanne. De ser på seg selv som formidlere av kunnskap i forhold til aktivitet. Synnøve synes *«psykoedukasjon er verdifullt»* og Martine forteller at *«fortsatt så har vi problemer med å beskrive yrket vårt på en sånn måte at folk får aha-opplevelser, altså. Sånn har det vært hele tiden. Det er litt forunderlig. Og jeg har lurt på om det har å gjøre med at vi jobber med daglige aktiviteter, og det er en selvfølge for folk.»* Formidlerrollen oppleves som

problematisk, da ergoterapeutene selv anerkjenner bruken av aktivitet i behandlingen, men merker at det er en diskrepans i forhold til at andre ikke forstår hvorfor det er så viktig eller kanskje legger en annen betydning i daglige aktiviteter.

Diskurser (ways of representing) / representasjon: Ved gjennomgang av materialet ser jeg to diskurser som er fremtredende og som ligger side om side og skifter på å dukke fram. Noen ganger eksisterer de sammen i harmoni, mens andre ganger kjemper de om makten. Gerd er mest opptatt av den situasjonelle diskursen når hun sammenligner seg med andre profesjoner og hun «... ser jo at jeg har et litt annet fokus. Mer på funksjon og ikke bare på symptomer.» Hun prøver å forene disse diskursene ved å samarbeide tett med andre profesjoner, men likevel bruke hver sine metoder:

«Det med å bruke skrivebordstester og praksis, og på en måte å kunne kjenne igjen skrivebordstestene i praksis og forstå hva som skjer, det har vært mitt fokus i mange år, prøve å få til en link på det. Det var en psykolog som jobbet her oppe og hun brukte sånne tester. Og da hadde vi et samarbeid på at hun tok de skrivebordstestene, og så tok jeg og var veldig sånn nøye i praksis. Ikke sant, og så sammenlignet vi det. Og så viste det seg at praksis og tester – det var helt sammenfallende. Men i virkeligheten så har det en annen tyngde, ikke sant? Bare de observasjonene du gjør i praksis får mindre tyngde enn det som skrivebordstestene får. Det er i praksis det gjelder. Det er da en skjønner hva ting dreier seg om.»

Hun er likevel oppgitt over at testene ilegges mer vekt enn observasjon i praksis, som representerer det hun står for som ergoterapeut. Therese strever litt med å plassere seg innenfor de to diskursene og stole på hvilken måte hun skal tenke på i visse tilfeller når hun sier at

«jeg er ikke så opptatt av egentlig å vite om diagnosen før jeg kommer, men jeg vil jo gjerne vite det og fordi jeg vet at det er noe som funker og annet som ikke funker, da. Altså noe er jo gitt av diagnosen, men jeg vil gjerne høre hva som gjelder for den enkelte brukeren. (...) Men det er ingen andre faggrupper som er like opptatt av oss som å ikke ønske å tenke medisiner. Men akkurat i forhold til demens, så må du kunne litt om det, for da må du i hvert fall oppdage, eller få en sånn viss hunch, da, på at her kan det være hele coctailen av medisiner som gjør at det er kognitiv svikt.»

Martine nevner akkurat det samme i forhold til demens, som kan være kilde til forvirring blant helsearbeidere:

«Fysioterapeuten og jeg var på et hjemmebesøk hvor det var noe snakk om at det var en dame som trolig var dement, hun klarte nesten ikke å snakke, kunne nesten ikke spise, greide ikke å kle på seg, hun var helt i tåka. Så så vi på medisinene, og da var vi enige om det, at hun fikk jo fullstendig gal medisinerings. Så de ble seponert og dama klarnet på... helt oppgående og selvhjulpen. Det var et grovt eksempel. Jeg tok det opp i dag, på det samarbeidsmøtet med hjemmesykepleien. Nei, det der synes jeg er viktig.»

Hun trekker på en medisinsk diskurs når hun prater, bruker ord som feilmedisinering, bivirkninger, presise spørsmål, symptomer, seponert, adekvate tiltak og kognitive utfall, men hun gjør det på en måte som vitner om store kunnskaper innenfor den medisinske diskursen samtidig som hun ser klare begrensninger med dette synet på sykdom og i teksten som helhet lar det skinne gjennom en harmonisk vev av ord fra begge diskurser. Tone mener at behandlingen har blitt mer teknisk og biomedisinsk i de senere årene, og da er hun redd for at man glemmer helheten og fører oppmerksomheten bort fra den personen man skal møte. Synnøve, på den annen side, bruker masse medisinske ord og uttrykk og viser at hun føler seg hjemme i den medisinske diskursen, men 'sniker' inn ord som verdifullt, løfte pasientene, lek, gøy, livskvalitet og ressurser.

Sjangre (ways of acting) / handling: Ergoterapeuter inngår i mange relasjoner som innehar spesifikke mønstre som er relativt stabile; terapeut-pasient-relasjon, kollegarelasjoner – både uformelle (prat på gangen, i lunsjpausen osv) og formelle (fagteam, personalmøte osv), terapeut-pårørende-relasjon og i kontakt med diverse andre etater og institusjoner (som f eks skoler). Noen ganger er relasjonene preget av misnøye over å ikke få handle etter viktige verdier som Synnøve opplevde da hun

«jobbet opp mot barnevernet og da er det jo... skylapper. Du får jo ikke lov å samarbeide over linjene. Og det har jo vært en frustrasjon noen ganger. Da nytter det ikke å sitte på barnevernet og si at vi kan ikke snakke om broren eller vi kan ikke snakke om moren eller vi kan ikke snakke om faren. Mens vi sier jamen hør nå her, det er en hel familie her som skal fungere. Vi er nødt til å se på at mor ikke er en ressursperson og at broren trenger det og søsteren trenger det».

Andre ganger er det mer blandede interaksjoner som vi kan se i Martines tilfelle hvor hun var på hjemmebesøk sammen med fysioterapeut hvor det var en trolig dement dame de skulle se til (se avsnittet over). Her beskriver hun det som at det er hun som er hovedaktøren og tar tak i problemet, selv om det er noe uklart hvorvidt de andre aktørene i historien er enige eller ikke, og hvor hun tydelig handler etter verdier som er viktige for henne og som hun uttrykker eksplisitt.

4.2.2 Verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg

Tekst:

Tone snakker med høy affinitet og gir budskapet sitt høy grad av nødvendighet når hun sier «vi må aldri overkjøre, men vite hvor grensene går». Hun utdyper ikke dette videre, men regner det som implisitt hvordan dette skal tolkes. Hun bruker objektiv modalitet i setningen «Det handler om å virkelig lytte, se, være ydmyk...» som om det ikke finnes noe alternativ, og hun understreker sin tilslutning til nødvendigheten gjennom ordene ‘virkelig’ og ‘aldri’. De samme virkemidlene gjør Therese bruk av når hun sier at «man skal aldri si at drømmen til pasienten er urealistisk!» Gerd modifierer seg litt ved å legge til ‘sier jeg’, selv om hun også snakker på den samme måten; «La det bli katastrofe, sier jeg, det er da vi kan begynne å jobbe. Hvis det er det det må.» Martine mener at det blir

«voldsomt hvis helsearbeideren da har såkalt mye omsorg at det blir lite rom for den andre til å utvikle seg og til å vise sine kvaliteter. Det har vært et tema. Men jeg opplever ikke at det har vært et tema her i gruppa vår egentlig. Og det har vel noe med at i faget vårt så har vi en del fokus på det. Men jeg var jo ute på et samarbeidsmøte med hjemmesykepleien nå før lunsj og da sa en mannlig sykepleier – han er jo veldig ålreit, da – han sa til brukeren at vi er godt skolerte i å jobbe med hendene på ryggen.»

Her uttrykker hun veldig tydelig hvilken mening hun selv har om det hele og understreker det ved å trekke fram et eksempel på en mann fra en annen yrkesgruppe og ‘låner’ autoritet fra han for å ytterligere poengtere at det hun sier er sant, og hun gir ham mer autoritet ved å validere meningene hans med å si at han er ‘ålreit’. Hun trekker videre fram at hun lærte det i

utdanningen – nok et stempel på autoritet – og så forteller hun at de andre ergoterapeutene i gruppa også mener det samme som henne. Med setningen ‘det har vært et tema’ antyder hun at det har blitt diskutert blant kollegene, men at det antageligvis ikke er det lenger, og siden en sykepleier har begynt å formidle denne verdien er det kanskje et tegn på at denne måten å tenke på har ‘vunnet fram’ i helsevesenet i større grad enn før. Martine trekker her fram forskjeller mellom før og nå, og indikerer dermed at denne verdien har større legitimitet, kanskje på basis av moralsk evaluering, dvs at det er et verdisett som gjør noe legitimt (Fairclough 2003:98).

Diskursiv praksis:

Stiler (ways of being) / identifisering: Her trer ergoterapeuten som pedagog tydelig frem, og dette fanges opp i de fleste sitatene som omhandler verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg. Siden den medisinske diskursen nesten ikke er tilstede her, og i de tilfellene hvor den gjør seg til kjenne er det på en negativ måte (se avsnittet under), kan det tyde på at ergoterapeuter legger stor vekt på den pedagogiske måten å opptre på i møtet med pasientene. At pasienten får utvikle seg tolkes her som et moment i behandlingen, og dermed får ergoterapeuten som lærer stor vekt i denne situasjonen. Ergoterapeutene opptrer også som medmennesker som har evnen til å lytte og sette seg inn i den andres situasjon. Informantene beskriver det som viktig å framstå slik for å kunne ‘nøste seg videre’ (både Thereses og Synnøves uttrykk) for å få et klarest mulig bilde av situasjonen som de kan jobbe ut fra.

Diskurser (ways of representing) / representasjon: Jeg har fanget opp forskjellige diskurser som kommer til syne når det gjelder å skape rom overfor et annet menneske; situasjonell, pedagogisk, relasjonell og medisinsk. Den pedagogiske diskursen kommer til syne hos alle informantene når de snakker om å skape rom for den andre i møtet mellom to mennesker. Tone snakker om at det er viktig å spørre to ganger om man har forstått det pasienten har forsøkt å fortelle i samtalen, og at terapeuten må ta to skritt tilbake for å vurdere situasjonen. Therese er opptatt av å ikke ta drømmen eller målet fra brukeren, så selv om terapeuten tenker at det er urealistisk: «... så skal man jo aldri si det! Man kan skrive det ned og stille oppfølgerspørsmål til det og kanskje sammen med brukeren da komme fram til men hva skal til først, da. For å kanskje komme videre på den veien.» Gerd bruker ord som lytte, ikke overta, holde seg selv tilbake, vente, lene seg tilbake, ikke komme med svar som alle handler

om hennes måter å jobbe på og som kan favnes innunder en pedagogisk diskurs. Hun forteller om en episode hvor hun hadde jobbet med personlig stell hos en kvinnelig psykiatrisk pasient, og hvor hun avsluttet med å beskrive prosessen i behandlingsforløpet slik: *«Og så kunne hun fortelle om de få gangene det var litt annerledes, og så begynte vi der. Bare å få sagt det, komme dit. Det var helt forløsende for å kunne komme videre, altså.»* Jeg tolker dette som en pedagogisk prosess hvor terapeuten måtte ta i bruk sine pedagogiske kunnskaper for å lykkes. Synnøve og Martine bruker lignende ord overfor pasienter de har møtt i sin yrkeshverdag, men Martine trekker fram at verdien av å gi rom til den andre også omhandler relasjonen mellom profesjoner.

«Det å lytte og å gi den andre rom til å snakke og at det kan bli en dialog hvor begge parter bygger på hverandre på det den andre har sagt og hvor du kommer litt videre i dine egne tanker og i din egen innsikt, det synes jeg er kjempeviktig. Jeg har vært veldig frustrert på at er så forferdelig mye jabbing, altså, i helsevesenet. Folk avbryter og snakker i munnen på hverandre og du kommer aldri til enden av en tankerekke. Og der har jeg hatt en del oppgjør med folk, altså, jeg har vært sint. Så jeg har hatt veldig gode kolleger, spesielt fysioterapeuter, men som har vært RÅ, altså, på hersketeknikker, avbrytelser og overkjøring.»

Denne verdien gjelder altså ikke bare overfor pasienter, men også kolleger eller pårørende, noe som Therese påpeker når hun forteller at hun kan få en telefon fra pårørende og at *«du kan jo få huden full av kjeft før en i den andre enden av røret har presentert seg, nesten. Og da er jeg sånn bevisst valg å aldri smelle på røret, eller... si at deg gidder jeg ikke å prate med, eller... Da begynner jeg heller å prøve å nøste, da. Nå hører jeg du er sinna...»* I eksemplene med pårørendesamtalen og i møter med andre profesjoner kan man si at det er en relasjonell diskurs som gjør seg gjeldende. Dette handler om situasjoner hvor to (eller flere) mennesker møtes og hva som skjer i samspillet mellom dem; det handler om kommunikasjon, konflikthåndtering, å kjenne til menneskesinnet og handle deretter. Den medisinske diskursen er veldig nedtonet når det er snakk om denne verdien. Martine er den eneste som trekker på denne diskursen, men hun gjør det i nedlatende vendinger som *«tekniske hjelpemidler og alt det derre der»*, *«mat og stell og sånt noe»* (her refererer hun til hjemmesykepleiens arbeid, og derfor har jeg tatt det med under den medisinske diskursen), *«bare å være en sånn teknisk formidler»* og *«pleid ned til hjelpeløshet»*. Hun snakker også om at det motsatte av å la andre få komme til orde (jfr få rom) er å bli presset, overkjørt og at vedkommende hadde *«dårlig tid*

hele tida», ord som vi kan forbinde med den medisinske diskursen og som blir presentert i en negativ sammenheng. Den situasjonelle diskursen kommer til uttrykk i teksten ved at Gerd forteller hva som er viktig å tenke på når hun møter pasientene: «Ja, og det med å ikke overta. Jeg må se deg, og da må jeg også la deg få lov å lykkes og jeg må la deg få lov til å mislykkes... for at jeg skal skjønne hvem du er. Og det tror jeg er veldig typisk ergoterapeuter. Det er det nok kanskje bare jeg som gjør.» Therese snakker om at «vi blir mer og mer sånn synlig, og jeg synes i rundskriv og lovverk og sånn så skinner det igjennom veldig mange av kjerneverdiene som ergoterapeuter har snakket om i årevis og vi har vært fortvilet over at det ikke synes i samfunnet, men det har virkelig begynt å synes nå. Så det er moro.»

Sjangre (ways of acting) / handling: Det er mange handlinger og interaksjoner i dette avsnittet. De viktigste er kanskje at ergoterapeutene ‘lytter’ og er ‘tilbakeholdne’ (som tolkes som handlinger selv om de er passive), men aktivt ‘samhandler’ med pasienter ‘skritt for skritt’, men de må passe seg for å ‘ikke trække over grensen’. De ‘bygger ut’ mestringsarbeidet sammen med pasientene, men passer på å ‘holde hendene på ryggen.’ De ‘lar pasientene mislykkes’ for å komme til en forståelse av ‘hvem de er’. Ergoterapeutene blir ‘avbrutt’ og ‘får huden full av kjeft’, men de ‘smeller aldri på røret’.

4.2.3 Verdien av å se sammenhengen

Tekst:

Martine var den som introduserte ordet sammenheng: *«Jeg har to begreper som er veldig viktige for meg. Det er presisjon og sammenheng. Og du må jo vite presis hvordan ting er og hvordan ting henger sammen for å kunne få til adekvate tiltak. Ellers blir det «gæli».*» Hun forteller en historie for å illustrere hva hun mener med dette:

«Jeg husker ett eksempel fra sykehuset som sjokkerte meg. Vi fikk inn en samisktalende kvinne som var slagpasient, og så ble det sagt at hun hadde afasi. Så stusset jeg litt, for hun hadde venstresidig utfall (latter). Problemet var jo bare at hun snakket bare samisk, hun skjønte jo ikke norsk, og det var veldig vanlig den gangen. Den eldre generasjonen de snakket ikke norsk. Men at ikke sykehuspersonalet skjønte såpass at de måtte sjekke ut når de visste at det var en urfolkgruppe som snakket et totalt

fremmedartet språk og ikke var vant til å høre norsk, det var ganske elementært. Jeg synes det.»

I modalitetstermer kan vi se at hun her blander forskjellige modalitetstyper; hun har høy affinitet med tanke på hvilke verb hun bruker (er, må, vil), men hun sier også at hun ‘synes’ og ‘tror’. Tone bruker også ordet sammenheng uten at jeg har brukt det i intervjuet. Hun mener at *«man må se mennesket i sin sammenheng; eksistensielt og med forskjellige perspektiver.»* Hun har en høy grad av tilslutning til utsagnet, hun bruker objektiv modalitet og ingen ‘hedges’. Hun evaluerer dette som en viktig påstand, og ut i fra sammenhengen i intervjusituasjonen vurderer jeg det til å være en moralsk evaluering, som er en legitimering på bakgrunn av et verdisett som anerkjennes som riktig (Fairclough 2003). Martine evaluerer også sin historie om den samiske kvinnen som ble feiltolket på sykehuset. Hun mener at det hadde vært svært ønskelig (desirable) av de andre helsearbeiderne å tenke på dette aspektet ved kvinnens liv.

Diskursiv praksis:

Stiler (ways of being) / identifisering: Gerd viser at hun tenker over sammenhengen mellom det som skjer i pasientenes liv og deres forståelse av hva som skjer. Hun ser på seg selv som en ‘oversetter’, et mellomledd mellom den syke og den friske verden:

«Det der med å oversette... å være med og oversette og gi forståelse og mening i forhold til det som skjer til pasienten. Å oversette til menneskelig språk, sier jeg, hva er det som skjer her? Tenker jeg at det er noe av det viktigste at en tenker seg om og prøver å oversette. Hva er det for noe her, da? Hvorfor går det dritt her, da? Så da skjønner jeg det. Få det til å bli... gi mening.»

Flere av informantene så på seg selv som ‘kommunikatører’, det vil si at de tok på seg oppgaven med å bringe informasjon rundt i systemet, både oppover og nedover og på tvers, og de så dette som viktig for å realisere verdien på en ordentlig måte. Martine sa at hun hadde ord på seg for å tenke på tvers, og at hun ‘tenkte i 360° vidvinkel’. Dette kan være en nødvendighet hvis man skal se sammenhengen på tvers av avdelings- og institusjonsgrenser. Flere av informantene uttrykte frustrasjon over (usynlige) grenser som var satt opp i forhold til hva det var lov til å tenke og samarbeide om, og de nevnte flere ganger at de overskred

disse grensene hvis det hindret dem i å gjøre det som var nødvendig for behandlingen, som Gerd da hun fortalte at *«egentlig så får vi ikke lov til å komme inn på kjøkkenet engang fordi det sier hygiesykepleier. Men vi bare tar oss til rette hele tida og tar med pasienter dit. Selvfølgelig. For det er alle de små tinga som gir en muligheter til å se virkeligheten.»*

Diskurser (ways of representing) / representasjon: Synnøve trekker verdien av sammenheng tilbake til utdannelsen sin når hun forteller hva hun ble fasinert av: *«Det var kombinasjonen å bruke deg selv praktisk konkret og også det å lære om kroppen, funksjon, anatomi, sette det hele i system og forstå hva som skjer»*. Martine nevner akkurat det samme om sin utdanning: *«vet du, da jeg tok utdanningen, så var vi fortsatt på anatomisk institutt. Og det glemmer jeg ikke. For det var så grundig, og jeg mener at det grunnlaget var veldig, veldig viktig, jeg. For å forstå sammenhengene.»* Begge refererer til den medisinske diskursen som anatomiundervisningen baserer seg på, og anerkjenner den på lik linje med det som skjer praktisk og rundt mennesket, det vil si den situasjonelle diskursen. Martine konkretiserer det ytterligere ved å legge til at *«det jeg synes er spesielt med ergoterapi, det er å se sammenhengen særlig mellom sentralnervesystemet og det du faktisk utfører i det praktiske. Altså forstå hvorfor noe ikke går, og forstå hva det er som fasiliterer aktivitet. Og det er jo ikke bare omgivelser, det er først og fremst det du har her oppe (peker på hodet sitt)»*.

Therese er den eneste som også trekker på en markedsøkonomisk diskurs. Hun

«tenker at vi skal finne gode løsninger for brukeren først og fremst, og så kjenner jeg da til hvilke tjenester vi har, og så tenker jeg noen ganger at akkurat i dette tilfellet så har vi ikke noen tjenester som passer bra, så da er jo en av målene med å ta opp saken å høre om er dette noe... er det både å innvilge et vedtak og sende ballen videre oppover i systemet i forhold til at her trenger kommunen å se på om vi må endre praksis for å fange opp denne problemstillingen eller den brukergruppa. Og det er jo ikke alltid kommunen må bruke mer ressurser, det kan jo hende det vil spare kommunen på sikt. Hvis vi tar et eksempel, barn og unge med Asperger, da. Å gjøre masse riktig tidlig i forhold til dem vil jo sannsynligvis spare kommunen for en som kanskje kommer på skråplanet senere. Jeg vet om at vi skal ta hensyn til det at det er økonomi som styrer, men samtidig så hemmer ikke det oss saksbehandlerne fra å tenke nytt og ønske å oppfylle lovverket.[...] Her kanskje man må prøve å tenke litt nytt og annerledes og... det jobber vi jo hardt med i forhold til personer med demens nå, at kanskje vi må organisere oss sånn at ikke de får tjenester av den vanlige

hjemmetjenesten, men at det må samles noen personer som reiser heller rundt til personer med demens så de får færre å forholde seg til.»

Denne diskursen kan kjennes igjen på ordene hun har valgt å bruke: 'tjeneste', 'innvilge vedtak', 'organisere', 'systemet'. På arbeidsplassen hennes er det også slik at 'pasientene' er de som henvender seg og 'bestiller' hjelp. Hun snakker også om diagnoser, altså en medisinsk diskurs, og at demenspasientene får færre å forholde seg til og at Asperger-barna kan havne på skråplanet, altså en situasjonell diskurs. Therese trekker også på en relasjonell diskurs (se avsnittet under).

Sjangre (ways of acting) / handling: Therese har også en annen historie som illustrerer hennes handlinger (eller tanker om det som skjer), hjemmesykepleiens handlinger, pasientens handlinger og interaksjoner dem imellom:

«når du jobber litt tverrfaglig og du kommer borti folk som du erfarer ikke tenker sånn i det hele tatt, så blir du litt sånn der glad for at du i hvert fall kan bidra med det. Det er for eksempel at en slagrammet kan streve med svelgefunksjon, og så hvis du er litt kognitivt svekket så dekker du over ting du ikke får til, og hvor utøvere i hjemmetjenesten bare setter fram mat og vann og går igjen, og så ser du ikke at en person blir dehydrert, har bare helt vannet i skåla til kattepusen. Og hvis du spør da om den vil ha hjelp til eller at noen skal være der og du viser at du har dårlig tid, så svarer de selvfølgelig nei, jeg klarer meg selv. Men å vite om hva du ser etter og hvordan du spiller på lag med brukeren for at den skal få hverdagen til å gå ihop... Altså, jeg tenker... da blir du sånn overrasket når sånne enkle spørsmål kan få en annen utøver til å tenke å, ja! Når vi tenker at det er helt sånn selvsagt.»

I denne historien er Therese både glad for, overrasket over og pinlig berørt over at hun og hjemmesykepleien har ulike innfallsvinkler og kunnskaper. Hun forteller også om nyansene av relasjonell kunnskap mellom pasienten og hjelperen.

4.2.4 Skapelses- og fortolkningsprosesser

For å få framstillingen av analyse til å fremstå på et ordnet vis i oppgaven slik at det ikke blir kaotisk for leseren har jeg valgt å beskrive disse prosessene i et eget kapittel, men det er å

regne som en del av analysen på det diskursive nivå. Da Fairclough stort sett har hatt sitt virke innen markedsøkonomiske områder har jeg laget mine egne begreper som jeg synes passer bedre inn i en helsefaglig sammenheng. Fairclough snakker altså om produksjons- og konsumpsjonsprosesser, men jeg har valgt å erstatte begrepene med skapelses- og fortolkningsprosesser, eller som betegnere på de aktive rollene skaper og fortolker.

Det siste begrepet – fortolker – kommer fra empirien min. En av informantene snakket om at helsearbeidere fortolket det som skjedde og det pasientene sa hele tiden uten å nødvendigvis korrigere det synet. Det satte meg på tanken av rollen som fortolker som alle i helsevesenet driver med i større og mindre grad. De må nødvendigvis fortolke pasienten for å finne ut hvor problemet er for å kunne sette inn tiltak.

Skaper refererer til at man skaper sin egen tekst eller tale og sin egen virkelighetsforståelse. Dette er i tråd med et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Begge begrepene gjenspeiler aktive roller, og indikerer at det er mange måter å skape og fortolke på. Selv om jeg ikke akkurat kan si å assosiere ordet skaper med helsevesenet, tenker jeg at det ikke nødvendigvis må ha noe med religion eller kunst (f eks filmskaper) å gjøre. Det er jo et uttrykk som heter ‘å skape sin egen hverdag/arbeidsplass/tilværelse’, og dette passer godt inn i hverdagslivstankegangen i ergoterapi.

Det er ergoterapeutene som er skapere av teksten i denne oppgaven. De snakket ikke bare med sin egen stemme, men refererte også til hva pasienter eller kolleger hadde sagt, eller de kunne til og med snakke med sin egen stemme og pasientens stemme som i et skuespill.

Pasientene kan dermed ses som medskapere av teksten. Jeg ser en høy grad av interdiskursivitet i tekstene da de trekker på mange forskjellige diskurser og kanskje på andre diskursordener. Jeg tenker at en annen diskursorden kan være hverdagslivet, og at ergoterapeuter trekker på mange elementer fra denne diskursordenen. Den situasjonelle diskursen finnes i både diskursordenen helsevesenet og diskursordenen hverdagslivet, og når ergoterapeuter bruker ord og uttrykk som gir dem forståelse og mening fra den situasjonelle diskursen, trekker de slike ord og meninger inn i diskursordenen helsevesenet. Vi snakker da om en kreativ forandring som sakte etablerer seg. Fairclough påpeker at på tross av visse tregheter i systemene, skjer det endringer som kan gå fram og tilbake, noen ganger kan det stå lenge stille, men at det alltid er bevegelse. Disse bevegelsene og endringene i språk ser han som uttrykk for hegemoniske prosesser, at makten kan endres gjennom endring av språk (Fairclough 1992 og 2003, Jørgensen og Philips 1999).

Fortolkerne regnes i denne sammenhengen som alle ergoterapeutene møter i sitt daglige virke; pasienter, pårørende, ergoterapeutkolleger, andre profesjonsutøvere, andre yrkesgrupper osv. Disse har forskjellige utgangspunkt for å forstå og fortolke tekstene (språket), og de blir påvirket av de diskursene de er involvert i. Jeg har ikke gått nærmere inn på denne fortolkningsprosessen her, da jeg vurderer det som utenfor oppgavens fokus.

5 SOSIAL PRAKSIS – ERGOTERAPEUTENES ARENA

Den sosiale praksis skal i denne oppgaven forstås som ergoterapeuters praksis. Den sosiale orden er her helsevesenet, og ergoterapeutenes praksis er en del av et nettverk av andre sosiale praksiser som andre profesjoner innehar. Den diskursive praksisen er språket til ergoterapeutene og måten de snakker på, og diskursens orden er nettverket av alle språklige elementer i helsevesenet. Det er et dialektisk forhold mellom den diskursive praksisen og andre sosiale dimensjoner. Når disse dimensjonene skal belyses legges det vekt på konteksten ergoterapeutene jobber innunder. Det er bare et lite utsnitt av konteksten jeg innenfor rammene av denne oppgaven har mulighet til å gjengi. Dessuten blir det mer å regne som et øyeblikksbilde. Hvis man skal kunne se en endring som Fairclough antyder, er man nødt for å studere en kommunikativ begivenhet over tid. Jeg kan likevel prøve å beskrive hvilket bilde ergoterapeutene har gitt meg via de analytiske termene jeg har definert i oppgaven, og så ved hjelp av teorier gi en tolkning av dem.

Ergoterapeuters yrkesutøvelse er delvis forklart i teorikapittelet (kap 2). I avsnittet om tidligere forskning (kap. 1) gjort av og på ergoterapeuter kommer det fram at ergoterapeuter er en usikker gruppe som ikke føler seg verdsatt av kollegene, eller at de blir misforstått og synes det er vanskelig å formidle hvordan behandlingen virker. Ergoterapi er en ung profesjon, og dermed finnes det ikke så mye forskning på effekter av behandling som for andre profesjoner.

Helsevesenets fagprofesjoner reflekterer i dag et mangfoldig og spesialisert samfunn. Det finnes for eksempel sykepleiere og vernepleiere som tilhører pleie og omsorg, og profesjoner som fysioterapeuter og ergoterapeuter som er knyttet til behandlings- og rehabiliteringsfunksjoner. Det finnes mange flere i skjæringspunktet mellom disse store områdene, og det er sosialfaglige profesjoner å finne i dette bildet også. Fagene har stor spennvidde med tanke på kunnskapstyper og praktiske tilnærminger til pasientene, og det teoretiske grunnlaget kommer fra både naturvitenskapen og humanismen. Det moralske grunnlaget for å yte hjelp til trengende mennesker har også variert stort opp gjennom årene,

men i dag er denne tankegangen universell, det vil si at det stilles krav til likebehandling av mennesker (Nortvedt og Grimen 2004).

Nedenfor har jeg delt inn i avsnitt tilhørende de respektive verdiene fra forrige kapittel, og under hvert av disse tre avsnittene følger en drøfting av forholdet mellom den diskursive praksis og den bredere sosiale praksis.

5.1 Annerledestenkerne

Ergoterapeuter fokuserer på aktivitet som tiltak framfor for eksempel medisiner, trening av spesifikke muskelgrupper eller kirurgi. Dette gjenspeiler teorigrunnlaget og de yrkesetiske retningslinjene, og er en viktig verdi for ergoterapeuter. Likevel er dette et komplisert tema. Ergoterapeutene føler seg annerledes fordi de ikke har hovedfokuset på sykdom, som de andre profesjonene gjør. En del av problemet er nok at de ikke har samme begrepsapparat som de andre i teamet. Noen av ergoterapeutene jeg intervjuet brukte ikke ordet aktivitet, men funksjon, men når jeg spurte om det kanskje kunne være aktivitet, ble vi enige om at det var det. Funksjon er et ord som er sentralt i fysioterapeutenes språk og arbeid (Thornquist 1992). Det er interessant at ergoterapeutene tar et ord som er velbrukt av fysioterapeuter. Er dette et grep for å 'stjele' autoritet og heve sin egen makt? Fysioterapi er en tradisjon som har røtter mye lengre tilbake enn ergoterapi, og det kan derfor være snakk om legitimitet i form av autorisasjon (Fairclough 2003). Likevel synes det å være autoritet bak det ergoterapeutene sier. Jeg viste at affiniteten var høy, og det er tegn på at den er autoritær (Fairclough 1992). De hadde også en sterk tilslutning til verdiene de formidlet som hadde med bruk av aktivitet å gjøre. George Herbert Mead (1934) har uttalt i en av sine utallige forelesninger at mennesker i interaksjon med hverandre prøver å skape meninger og handlinger gjennom ord som har en felles betydning i en sammenheng, men som kanskje ikke er overførbar til en annen sammenheng med andre aktører. Kanskje det er det vi ser her, at selv om ergoterapeutene fint klarte å formidle mening til meg i intervjuene, fra en ergoterapeut til en annen, er det ikke sikkert at de oppnår den samme enigheten om det felles 'objektet' når de står overfor en person fra en annen profesjon. Gerd hadde også positive opplevelser selv om de andre i teamet oppfattet det hun gjorde som annerledes, fordi de ble nysgjerrige på hvordan hun hadde fått til noe med en pasient som de tydeligvis ikke klarte.

Informantene beveger seg inn og ut av den medisinske og den situasjonelle diskursen, som er de to mest fremtredende diskursene, men de er også fylt av motsetninger. Språket er helt forskjellig i de to, og ordene kan ha ulik betydning. Mitt inntrykk er at ergoterapeutene ikke er helt klar over dette. Som vi ser under representasjon i verdien av aktivitet i forrige kapittel, balanserer de mellom disse to diskursene. Noen ganger klarer de å sjonglere ordene og meningene i de to diskursene, andre ganger strever de med å ta innover seg den medisinske diskursen. Kritikken av feilmedisinering som både Therese og Martine forfekter, kan være noe de lettere får øye på fordi de er delvis utenfor den medisinske diskursen. Det kan også være et tegn på at de griper makten og forfekter at det er negative konsekvenser av den medisinske tankemåten. Dette synet på makt korresponderer med Foucault sitt syn på makt; at makten henger sammen med viten og er produktiv, og ikke begrenset til en person eller en institusjon (Jørgensen og Philips 1999). Denne makten kan tillate ergoterapeutene å kritisere medisineren fordi de vet at det kunne vært unngått og fordi de klarer å tolke signalene på at noe er feil ved å ta i bruk en annen diskurs; de gjør bruk av den situasjonelle diskursen som gir dem en synsvinkel og et begrepsapparat som gjør at de tolker pasientenes sløvheter og dårlige allmenntilstand som et resultat av for mye eller feil medisiner. I slike tilfeller sier de klart i fra, men opplever det ofte som at de er de eneste som forstår 'problemet' og må finne måter å gå mot 'systemet', som kan tenkes som fastlagte og vante prosedyrer, tenkemåter og de daglige rutinene for de som jobber i helsevesenet, og som opprettholdes av det faste grepet den medisinske diskursen har. I slike tilfeller kan man tenke seg at ergoterapeutenes språkbruk og handlinger er med på å forandre den allerede eksisterende hegemoniske strukturen.

5.2 To skritt tilbake og hendene på ryggen

Ergoterapeutene bruker sterke ord, utropstegn og følelser når de snakker om dette temaet. Det er tydelig at de tilslutter seg i veldig stor grad til meningsinnholdet i å skape rom i møtet med det andre mennesket. Dette er en utbredt tankegang i blant annet rehabilitering (Borg m.fl. 2003), men her er betydningen utvidet til å også omfatte det relasjonelle og kommunikasjonsmessige mellom mennesker i all sin generalitet, i hvert fall de menneskene de møter i egenskap av profesjonsutøver. Dette handler om å ta to skritt tilbake og jobbe med hendene på ryggen i både billedlig og bokstavelig forstand, det vil si at ergoterapeutene ser

viktigheten av å både opptre lyttende og la den andre få komme til orde og ha rett til å formulere sine egne ønsker, men også å la den andre få prøve seg ut fysisk og oppleve å feile eller ikke mestre. Ved å benytte Meads speilingsteori kan vi forstå denne samhandlingen gjennom å tenke at pasienten skal utvikle et selvilde av seg selv som det mestrende, friske jeg, og i denne prosessen bruker pasienten ergoterapeuten som den signifikante andre, som den som er betydningsfull nok til å gi tilbakemeldinger som pasienten tar til seg i sin konstruering av det nye selvildet. Ergoterapeuten vil også utvikle sitt selvilde gjennom interaksjoner med signifikante andre, som er både pasienter (opplever jeg suksess i min terapeutiske virksomhet?) og kolleger (får jeg den nødvendige anerkjennelse på det jeg gjør på jobb?). Jeg tolker det som at ergoterapeutene ønsker å ta denne utviklingen på alvor ved å handle etter de prinsipper som en slik utvikling impliserer; at mennesker søker bekræftelse på handlinger eller symboler som de veksler seg imellom etter tur, det vil si en persons handling utløser en reaksjon hos den andre, som igjen trigger en motrespons som utløser en ny reaksjon hos den første igjen (Lock og Strong 2010). Denne situasjonen er overførbar til andre typer samhandlinger enn pasient-terapeutrelasjonen.

I de tre diskursene situasjonell, relasjonell og pedagogisk som dominerer her, virker ergoterapeutene sikre og erklærer gjennom sin modalitet nødvendigheten av å gjøre det de forfekter. Evalueringen støtter dette synet. Den medisinske diskursen er nesten ikke tilstede, og når den er det, kobles den sammen med negative ord som påvist i forrige kapittel. Informantene beskriver at de ser en samfunnsendring på dette punktet, gjennom historien med den mannlige sykepleieren som begynte å 'snakke som en ergoterapeut' og da Therese fortalte at hun så disse verdiene bli mer og mer tydelig i offentlige dokumenter som omhandlet normative aspekter i det helsefaglige arbeidet. Alt dette kan samlet sett tyde på en endring i de hegemoniske strukturer, der den medisinske diskursen vanligvis har gjennomsyret helsevesenet som helhet, til en nesten fullstendig utrydding av den samme diskursen. Språket som artikuleres gjennom andre diskurser synes å representere meningshorisonten på en tilfredsstillende måte, eller kanskje en bedre måte enn den medisinske.

5.3 Å tenke i 360° vidvinkel

Her er det snakk om sammenheng på flere nivåer. Når det gjelder sammenheng på overordnet nivå, som i samarbeid eller å utnytte ressurser som er utenfor avdelingen eller sektoren man selv hører innunder, uttrykker ergoterapeutene frustrasjon over grenser, ofte usynlige, men spørsmålet er da hvem som har satt disse grensene? Kan det være systemet i seg selv som virker begrensende, uten at det peker tilbake på enkelte personer eller yrkesgrupper? Er det ledelsen som bestemmer hvilke ressurser som er lov til å bruke? Det at jeg kaller grensene usynlige reflekterer en forståelse av at grensene ikke eksisterer som noe som er nedfelt skriftlig eller er tatt opp eksplisitt på arbeidsplassen, men at det heller føles begrensende på grunn av normer, rutiner eller manglende kommunikasjon og forståelse for hverandres (profesjonenes) behov. Både Gerd og Therese velger å 'overse' disse grensene; Gerd fordi hun mener at det er så viktig for pasientene og terapien at hun gjør det likevel, på tross av hygiesykepleiers forbud. Hvorvidt denne sykepleieren er klar over problematikken hun skaper, ignorerer den eller selv ikke klarer å 'bekjempe' systemet så gjerne hun enn ville, røper fortellingen ingen ting om. Gerd tar med seg pasienten på kjøkkenet for å kartlegge og trene på ferdigheter som hun ellers ikke ville hatt mulighet til å se. Therese fordi hun velger å fokusere på å tenke nytt og følge lovverket i stedet for å la økonomien bli en hindrende faktor. Hun velger å 'kaste ballen oppover i systemet' og uttrykker nesten en forventning om at ledelsen vil gjøre noe med det. Begge sier interessant nok 'vi' i stedet for 'jeg' i disse tilfellene, som om de ønsker en gruppe å gjemme seg bak eller tenker at hvis de er flere kan det rettferdiggjøre handlingene. Begge lar hensynet til hva de mener er best for pasientene gå foran alt annet. Dette er eksempler på produktiv makt, som gjerne kan føre til forandring i maktbalansen og nye maktstrukturer. For eksempel er dette i utgangspunktet makt som er knyttet til institusjoner eller delegerende myndighet (som hygiesykepleier som har fått myndighet til å avgjøre hva som er best i hennes/hans perspektiv), men hvor makten flyttes til ergoterapeutene som dermed bryter opp denne strukturen. Vi kan kjenne igjen dette synet på makt hos Foucault (Jørgensen og Philips 1999).

Verdien av å se sammenhengen kan også kjennes igjen på det mellommenneskelige plan. Når Gerd opptrer som en 'oversetter' for pasientene prøver hun å lage en sammenheng mellom den syke og den friske verden og derigjennom hjelpe dem til å takle hverdagen på en bedre måte. Setningen 'hvorfor går det dritt her, da?' sier etter min mening ganske mye. Det første som slår imot meg er ordet 'dritt' som er veldig kontekstavhengig og en måte for Gerd å 'tune

seg inn' på pasientens nivå. For å forklare det med Mead kan dette være en måte å skape en felles forståelse på ved å bruke symboler som har lik betydning for dem begge. Symboler er i dette tilfellet språket, ordene, som brukes mellom de to. Meningen konstrueres mellom de to aktørene i en verden som gjør symbolet meningsfullt (Mead 1934). Formuleringen som et spørsmål indikerer en nysgjerrighet overfor den andre og en interesse for hvordan den andre har det, noe som er viktig for å skape tillit. Meningsinnholdet i spørsmålet peker mot et begynnende terapeutisk samarbeid som ifølge Gerd handler om å starte helt nede på et basisnivå, for så å sammen 'snakke seg oppover' til de kommer fram til en forståelse, som igjen kan gi et grunnlag for å komme videre på andre veier. På tampen her vil jeg også peke på et annet moment; Gerd gjør med oversettelsen pasienten i stand til å ta tilbake makten over egen situasjon som han etter mitt syn har 'mistet' når han er syk og ikke forstår hva som foregår, jfr en Foucaultiansk forståelse av makt som noe som flyter, eller at hun ved hjelp av språket gjør pasienten i stand til å snakke seg ut av sin tilstand ved å gi ham redskaper – ord – til å klare det (Jørgensen og Philips 1999).

Til slutt vil jeg beskrive hvordan jeg ser verdien av å se sammenhengen på det mest konkrete planet; kroppen. Synnøve og Martine forteller begge om anatomiundervisningen og læren om de små funksjoner som gjorde dem i stand til å skjønne sammenhengen med større aktiviteter og hva som hemmer og hva som fasiliterer aktivitet. Begge peker på at dette er unikt for ergoterapi og at det er en viktig kunnskap for å kunne yte best mulig hjelp til pasientene. Som jeg ser det, er dette kanskje kjernepunktet som viser nødvendigheten av å kombinere både den medisinske diskursen og den situasjonelle diskursen for å ha et vokabular som kan dekke beskrivelser og forklaringer av faser i ergoterapeutisk tankegang. Det kan virke som at ergoterapeuter står med 'ett bein i hver leir', eller rettere sagt 'ett bein i hver diskurs', og at de anerkjenner verdien av å kjenne til og bruke begge, men at de i visse tilfeller velger den ene framfor den andre.

Thereses historie om slagpasienten som helte vannet i skåla til kattepusen illustrerer fint den kompleksiteten man ofte møter i hverdagens utfordringer som ergoterapeut. Her kan vi se eksempler på at alle de tre nivåene av sammenheng er tilstede. For det første ser Therese sammenhengen mellom skaden i hjernen og de aktivetsmessige konsekvenser dette har; svelgefunksjon, kognisjon og pasientens manglende forståelse av situasjonen. For det andre ser hun at det mellommenneskelige aspektet mellom hjemmesykepleie og pasient mangler sammenheng; de forstår hverandre ikke og handler deretter, noe som kan få store følger for

pasientens ernæringsmessige situasjon. På dette planet kan vi også ane relasjonen mellom Therese og hjemmesykepleien, da hun med spørsmålet sitt åpner opp for en forståelse av sammenhengen som hjemmesykepleien dermed blir i stand til å se.

5.4 Like barn leker best?

«Jeg kjenner jo ikke at jeg har noe ergoterapi-gen, akkurat!» humrer Gerd, og hun setter dermed fingeren på identitetsutforskningen og det som følger i kjølvannet av det. Bør man kjenne det på seg at man er ergoterapeut? Er det veldig forskjellig fra det å være fysioterapeut? Eller sykepleier? Vernepleier? Gjennom å definere sin forskjellighet fra andre, utvikler man sin egen identitet (Nylehn og Støkken 2002). Jeg har ikke utformet forskningsdesignet på en slik måte at relasjonene til andre profesjoner ville la seg studere, men det kom ofte opp som et tema både eksplisitt og implisitt i alle intervjuene, så jeg velger å drøfte det likevel på basis av hva vi snakket om i intervjuene. Igjen understreker jeg at vi ser ‘de andre’ gjennom ergoterapeutene.

Mead mener at selvbildet er en sosial konstruksjon, og at vi utvikler det gjennom samhandling med andre og ved å tolke andres reaksjoner på oss. Vi har en tendens til å oppsøke personer og miljøer som støtter opp om det selvbildet vi allerede har (Mead 1934). I lys av dette er det spesielt interessant å reflektere over hvordan ergoterapeutene snakket om sine kolleger fra andre profesjoner. Flere av informantene mente at vernepleierne var ganske lik dem, og de refererte til ‘våre venner fysioterapeutene’. Sistnevnte var naturlige samarbeidspartnere for de fleste, og de beskrev ofte situasjoner hvor en fysioterapeut var involvert. Hvis noen var nevnt med negativ omtale, var det nesten utelukkende sykepleiere. Som beskrevet i begynnelsen av dette kapittelet er det et klart skille mellom pleie- og omsorgsoppgaver og terapeutiske oppgaver i helsevesenet. Er dette en grøft som det er vanskelig å komme over? I så fall gjelder ikke dette vernepleiere, som ifølge Nortvedt og Grimen (2004) også befinner seg på ‘motsatt side av grøfta’, men som blir beskrevet som ‘lik oss’ på en positiv måte av ergoterapeutene. Når Mead sier at språket er en forutsetning for bevisstheten, og at språket er en viktig budbringer i speilingsprosessen, kan vi anta at språket er helt sentralt for å forstå og samhandle med andre individer. Og ikke bare det, men når grunnlaget for å i det hele tatt å ha en selvforståelse ligger i samhandlingen med andre, skjønner vi at språket spiller en helt

avgjørende rolle. Anvender vi diskursteori på denne tankegangen, og vi vet at det eksisterer mange diskurser som både overlapper, men også gir forskjellige ord forskjellig mening, ser vi fort at det kan oppstå tungtveiende misforståelser. Når ergoterapeutene opplever dårlig kommunikasjon eller de ikke føler seg forstått, kan det kanskje være på grunn av at man er situert i forskjellige diskurser, uten mulighet til å 'nå hverandre' gjennom språket? Kan det da være en forklaring at vernepleiere kan ha tilknytning til flere diskurser, og kanskje noen felles med ergoterapeutene, slik at de forstår hverandre bedre?

Nå var Fairclough klar på at det ikke bare er språket som har noe å si for hvordan vi handler og hvordan vi samhandler, den sosiale praksisen består av mange andre aspekter enn bare den diskursive (Fairclough 2008). Det er altså mange faktorer som kan spille inn på det jeg diskuterte i avsnittet over, men språket har helt klart betydning.

Jeg har hittil lagt vekt på den negative siden av forskjellene, men det kom også fram mange positive opplevelser ved det å ha flere synsvinkler. Det er vanlig å jobbe i tverrfaglige team eller være del av ulike gruppekonstellasjoner, og informantene mine satte pris på dynamikken i dette. Synnøve sier at «det er helt nydelig!» når teamet fungerer og de kan dra nytte av hverandres kunnskaper på hennes nåværende arbeidsplass. Martine «elsker å jobbe tverrfaglig», og hun synes det er mer givende å ha tette bånd til andre yrkesgrupper hvor hun har opplevd mye bra samarbeid, enn det er å ha flere ergoterapeuter rundt seg i det daglige. Den 'vi'-gruppen man føler tilhørighet til, trenger altså ikke bestå av ergoterapeuter, men kan like godt være 'vi' i teamet, 'vi' på avdelingen, 'vi' i psykiatrien osv (Nylehn og Støkken 2002).

6 KONKLUSJON

Siden identitet – og herunder profesjonell identitet – er et komplekst begrep, har jeg hatt altfor lite materiale til å kunne si så mye om ergoterapeuters identitet. Jeg har i stedet vært i stand til å peke på faktorer og mønstre i identiteten, og særlig i forhold til verdier, som var studiens hovedfokus. Jeg la vekt på tre verdier som jeg opplevde som særlig synlige i materialet; verdien av aktivitet, verdien av å gi mennesker rom til å utvikle seg og verdien av å se sammenhengen. Mine funn samsvarer med andre forskningsfunn på flere områder og speiler teorien fra lærebøkene og de yrkesetiske retningslinjene, men de gir også et litt annet innblikk og nye innsikter i hvilke verdier som artikuleres som viktige og på hvilke måter de blir artikulert.

Det ble identifisert flere diskurser i oppgaven; den situasjonelle, den medisinske, den pedagogiske, den relasjonelle og den markedsøkonomiske diskursen. Det var de to første diskursene som var de mest fremtredende, og som ergoterapeutene beveget seg inn og ut av, litt avhengig av hvilket tema det var snakk om. Den antatte hegemoniske diskursen i diskursordenen helsevesenet er den medisinske diskursen. Det kan virke som at ergoterapeutene trekker utstrakt på andre diskurser enn denne, og det er særlig den situasjonelle diskursen som brer seg mest ut. Denne diskursen kan tenkes å høre innunder hverdagslivets diskursorden, og det tyder på en interdiskursivitet mellom de to diskursordener, som er et tegn på endring, og betydningsforhandlinger kan sees i måten ergoterapeutene snakker på. Ord og meninger fra ulike diskurser blandes stadig og opptrer samtidig, men noen ganger kan det tyde på endring, og andre ganger tyder språket heller på opprettholdelse av allerede eksisterende ideologier. Mitt inntrykk er at ergoterapeutene klarer å balansere mellom diskursene og trekke på de som til enhver tid er mest hensiktsmessige både med tanke på forståelse og bruk, men at det kan oppstå misforståelser og konflikter i samhandling med andre profesjoner.

I ergoterapeuters verdigrunnlag ligger det en kime til å forstå den profesjonelle identiteten. Det foregår forhandlinger av mening og makt i kjølvannet av det de verdsetter, noe som etter min oppfatning gjør verdier til en fin arena for å studere profesjonen ergoterapi.

Litteraturliste

Alve, G. (2007) *En klientsentrert terapeutrolle*. I: Høghagen, S. m.fl. Beste praksis i ergoterapi. Tapir Akademisk Forlag

Alve, G. (2006) *Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter*. Doktoravhandling, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Borg, T. m.fl. (2003) *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark

Dige, M. (2009) *Occupational therapy, professional development and ethics*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2009; 16: 88-98

Ergoterapeutene1: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse>

Ergoterapeutene2, yrkesetiske retningslinjer: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Yrkesetiske-retningslinjer>

Fairclough, N. (2003) *Analysing Discourse. Textual analysis for social research*. Routledge

Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Polity Press

Fairclough, N. (2008) *Kritisk diskursanalyse*. Hans Reitzels Forlag

Fangen, K. (2004) *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget

Foucault, M. (1969) *The Archaeology of Knowledge*. Routledge

Hagedorn, R. (1995) *Occupational Therapy. Perspectives and Processes*. Churchill Livingstone

Heggen, K. (2008) *Profesjon og identitet*. I: Molander, A. og Terum, L.I. Profesjonsstudier. Universitetsforlaget

- Hernes, H. (2002) *Perspektiver på profesjoner*. I: Nylehn, B. og Støkken, A. M. (2002) *De profesjonelle*. Universitetsforlaget
- Horghagen, S. m.fl. (2007) *Beste praksis i ergoterapi*. Tapir akademisk forlag
- Jørgensen, M.W. og Philips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag
- Kielhofner, G. (2009) *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. F.A. Davis Company
- Kinn, L.G. og Aas, R.W. (2009) *Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study*. Australian Occupational Therapy Journal 56, 112-121
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk
- Leseth, A. og Solbrække, K.N. (2011) *Profesjon, kjønn og etnisitet*. Cappelen Damm Akademisk
- Lock, A. og Strong, T. (2010) *Social Constructionism. Sources and Stirrings in Theory and Practice*. Cambridge
- Lorensen, M. (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self, and Society*. The University of Chicago Press
- Molander, A. og Terum, L. I. (2008) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget
- Nilssen, V. (2012) *Analyse i kvalitative studier*. Den skrivende forskeren. Universitetsforlaget
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag. Gyldendal Akademisk
- Nylehn, B. og Støkken, A. M. (2002) *De profesjonelle*. Universitetsforlaget
- Pattison, S. m. fl. (2010) *Emerging values in health care. The Challenge for Professionals*. Jessica Kingsley Publishers

Pattison, S. og Pill, R. (2008) *Values in Professional Practice. Lessons for health, social care and other professionals*. Radcliffe Medical Press

Ruyter, K.W. (2003) *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Gyldendal Akademisk

Smith, K.T. og Kinsella, E.A. (2009) *Paediatric occupational therapists' reflections on meaning in professional practice: A phenomenological study*. Canadian Journal of Occupational Therapy vol 76, 4, 299-308

Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget

Thornquist, E. (1992) *Kroppslig funksjon: «Funn» og sammenheng*. Fysioterapeuten 16, 6-12

Wilding, C. og Whiteford, G. (2008) *Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings*. Australian Occupational Therapy Journal (2008) 55, 180-187

Aadland, E. (1998) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Det Norske Samlaget

Aadland, E. (2011) *«Og eg ser på deg...». Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget

Aadland, E. (2010) *Values in Professional Practice: Towards a Critical Reflective Methodology*. Journal of Business Ethics 97, 461-472

Vedlegg 1

SPØRSMÅL TIL INTERVJU

- ✓ Beskriv arbeidsstedet ditt. Tilstedeværelse av andre ergoterapeutkolleger?
Organisering, plassering, rutiner.
- ✓ Kan du beskrive en «typisk dag» på jobb?

- ✓ (Hva skiller ergoterapi fra andre yrkesgrupper i helsevesenet?)
- ✓ Hva er ergoterapeutens viktigste verdier slik du ser det?

- ✓ Hvorfor ble du ergoterapeut?

- ✓ Samarbeider du med andre ergoterapeuter?
(Hvor sterkt er samarbeidet ergoterapeutene imellom, og hvordan påvirker dette deg?)

- ✓ Hvilke andre yrkesgrupper samarbeider du med?

- ✓ Fortell om en gang der du følte at du lyktes som ergoterapeut.
- ✓ Fortell om en gang der du følte at du mislyktes som ergoterapeut.

Vedlegg 2

01.02.13

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave i helsefagvitenskap

Jeg er ergoterapeut og for tiden student ved avdeling for helsefag, medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Masteroppgaven min skal handle om ergoterapeuters profesjonelle identitet. Herunder synes jeg det er spesielt interessant å finne ut hvilke verdier ergoterapeuter forbinder med yrket sitt. Fokuset mitt blir dermed å få innsyn i hva du tenker om ditt eget fag med tanke på dette. Jeg er også interessert i hvordan du opplever å jobbe sammen med andre ergoterapeuter på din arbeidsplass, eller evt hvordan det er å være eneste ergoterapeut på arbeidsplassen.

Jeg ønsker å intervju 6 ergoterapeuter i løpet av våren/sommeren 2013, og jeg kommer da til å gjøre lydopptak av samtalene. Intervjuene vil vare omtrent en time.

Deltagelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å begrunne dette. Alle data vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun jeg som har tilgang til opplysningene. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opptakene og personopplysningene slettes når studien er avsluttet, senest innen utgangen av 2013. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Veileder er Einar Aadland, Diakonhjemmet høyskole.

Du kan nå meg på mail: x eller tlf: XXXXXXXX hvis det er noe du lurer på.

Mvh

Nina Røstad

.....
Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Dato: _____

Underskrift: _____

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Einar Aadland
Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 06.05.2013

Vår ref:34333 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34333	Ergoterapeuters profesjonelle identitet
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Einar Aadland
Student	Nina Therese Røstad

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nina Therese Røstad, Sandkleiva 9, 3060 SVELVIK

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD: SVU, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaal@svu.no